DES ULCÉRATIONS

DE LA

BOUCHE ET DU PHARYNX

DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE

PAR

Le Dr Gustave JULLIARD

Interne des Hôpitaux de Paris.



PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23

—

1864

DES ULCÉRATIONS

DE LA

BOUCHE ET DU PHARYNX

DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE



Parmi les différentes manifestations de la diathèse tuberculeuse, on a, depuis fort longtemps déjà, signalé les ulcérations du larynx et de la trachée-artère. Fort incomplétement connues des auteurs anciens, vaguement indiquées par les auteurs des seizième et dix-septième siècles, les ulcérations des voies aériennes n'ont été bien étudiées qu'à une époque assez rapprochée de nous. Morgagni, le premier, avait décrit avec quelque précision quelques-uns de leurs caractères; mais, depuis lui, elles ont été fréquemment observées, et leur histoire s'est enrichie d'une foule de notions éparses dans un grand nombre de traités généraux et de monographies publiés successivement, à partir de la fin du dernier siècle, par Lieutaud (1), Borsieri (2), Portal (3), Double (4), Laignelet (5), Sauvée (6), Cayol (7), Bayle (8), Papillon (9),

(1) *Historia anat. med.*, lib. IV. — (2) *Institutiones med pract.*, t. IV, § 57. — (3) Observ. *sur la nature et le traitem. de la phthisie pulmon.* — (4) Mémoire dans les *Bulletins de l'École*, an XIV, n° 14. — (5) *Recherches sur la phthisie laryngée;* Thèses, 1806. — (6) *Ibid.*, Thèses, 1808. — (7) *Recherches sur la phthisie trachéale*, Thèses, 1810. — (8) *Recherches sur la phthisie pulmon.*, 1810. — (9) *De la Phthisie laryngée*; Thèses, 1812.

Delpit (1), Maygrier (2), Pravaz (3), Frank (4), Hawkins (5), MM. Louis (6), Andral (7), Trousseau et Belloc (8), et Barth (9).

Grâce aux nombreux et remarquables travaux de ces auteurs, les lésions de la phthisie laryngée, ainsi que les symptômes qui la caractérisent, sont devenus classiques, et il serait aujourd'hui bien difficile d'ajouter quelque chose à leur description.

A côté des ulcérations des voies aériennes, on observe dans le tube gastro-intestinal des altérations analogues qui, pour avoir été plus longtemps méconnues, n'en sont pas moins un des traits les plus caractéristiques et un des phénomènes les plus fréquents de la phthisie pulmonaire. C'est aux laborieuses et exactes recherches de M. Louis, qu'on doit la connaissance des lésions que l'on rencontre dans le tube digestif des phthisiques. Cet observateur distingué et consciencieux a établi que, dans la diathèse tuberculeuse, on trouvait fréquemment des lésions intestinales de différente nature, parmi lesquelles des ulcérations, dont les unes sont constituées par des granulations tuberculeuses ramollies et en voie d'élimination, tandis que les autres ne sauraient se rattacher à la même origine, se rapprochant ainsi des ulcérations du larynx et de la trachée-artère. M. Louis insiste à plusieurs reprises sur la parfaite analogie que présentent entre elles les ulcérations

(1) *Dict. des sciences médic.*, t. XXVII; 1818. — (2) *Ibid.*, t. LII. — (3) *De la Phthisie laryngée*; Thèses, 1824. — (4) *Praxeis medica præcepta*, t. VI, part. II; 1824. — (5) Mémoire *sur les ulcères syphilitiques du larynx*, in *Archives gén. de méd.*, t. IV; 1824. — (6) *Recherches sur la phthisie*, 1825. — (7) *Clinique médic.*, t. I et II; *Précis d'anat. pathol.*, t. II, 1829. — (8) *Traité prat. de la phthisie laryngée*, 1837. — (9) *Des Ulcérations des voies aériennes*, in *Arch. gén. de méd.*, 1839.

des phthisiques, et il la trouve même si caractéristique qu'il a dit : « En voyant une ulcération de l'un des organes qui viennent d'être indiqués (larynx, trachée, épiglotte, intestin), on pourrait en quelque sorte avoir la certitude, abstraction faite de toute recherche ultérieure, que le sujet est mort phthisique » (1).

Mais, parmi les lésions que le tube digestif présente dans la phthisie pulmonaire, les ulcérations du pharynx, et surtout celles de la bouche, ou bien ne sont pas mentionnées du tout, ou bien ne sont signalées qu'incidemment, comme un fait exceptionnel, auquel on ne doit ajouter qu'une médiocre importance, et dont la relation avec la diathèse tuberculeuse ne paraît pas avoir frappé les auteurs. M. Louis considère les ulcérations du pharynx comme très-rares ; il n'en a, dit-il, rencontré que dans 4 cas sur 120 sujets, et il ajoute n'avoir jamais observé aucun symptôme qui pût leur être rapporté. Quant aux altérations de la membrane muqueuse buccale, il ne les mentionne pas ; il ne parle que d'une exsudation albumineuse dont la langue était quelquefois le siége, accompagnée de rougeur, de chaleur et de picotements, se développant, dans la plupart des cas, à lafoissur la langue, sur les différentes parties de la bouche, les lèvres, les joues, les gencives, quelquefois même sur la voûte palatine, et indiquant une véritable inflammation de la membrane muqueuse qui recouvre ces parties.

Plus encore que M. Louis, et tout en mentionnant les lésions pharyngiennes que certains d'entre eux, M. Grisolle, par exemple, considèrent comme spéciales à la phthisie (2), les auteurs modernes gardent un silence

(1) Louis, *Recherches sur la phthisie*, p. 181 ; Paris, 1843.
(2) *Traité de pathologie interne*, t. II, p. 489 ; 1857.

complet sur les altérations buecales qu'on peut reneontrer dans la phthisie pulmonaire.

Cependant, la diathèse tubereuleuse, qui affecte si souvent la muqueuse du larynx ou celle de l'intestin, étend quelquefois ses manifestations jusque sur la muqueuse bueeale, et quoique les uleérations de la bouche dues à eet ordre de causes n'aient jusqu'à ee jour que peu fixé l'attention des auteurs, nous croyons qu'elles ne sont pas rares.

Il serait fastidieux autant qu'inutile, d'aeeumuler iei les eitations de tous les auteurs qui n'ont signalé qu'ineidemment et sans s'y arrêter, la présence d'uleérations dans la bouehe et dans le pharynx dans le eours de la tubereulisation pulmonaire. Nous nous bornerons à rapporter l'opinion des médeeins qui nous ont paru attaeher le plus d'importanee à ee phénomène, et sur la haute autorité desquels nous pouvons légitimement nous appuyer en pareille cireonstance.

Morgagni (1) rapporte deux observations d'ulcérations de la gorge ehez des phthisiques. Dans la première, le larynx était aussi affeeté, et le malade, qui depuis longtemps éprouvait de la gêne dans la déglutition, mourut subitement dans un aceès de suffoeation. Dans la seeonde observation, le larynx et la partie inférieure du pharynx étaient intaets, mais la portion supérieure du pharynx présentait des uleérations qui avaient envahi le voile du palais et s'étendaient jusque dans les fosses nasales : le voile du palais était paralysé, les boissons revenaient par le nez, et le malade mourut subitement. Ces deux malades avaient présenté pendant leur vie des signes non douteux de phthisie, ils étaient

(1) *De Sedibus et causis morborum;* Venetii, 1761 *Epist. anat. med.*, XIX, art. 50. — *Epist. anat med.*, XXVIII, art. 12.

exempts de toute manifestation syphilitique, et on trouva à l'autopsie une tuberculisation pulmonaire très-avancée.

Dans son *Traité de la phthisie pulmonaire*, ouvrage dans lequel il a résumé les travaux de ses devanciers en les complétant des résultats de sa propre expérience, Baumès (1) mentionne les ulcérations de la bouche comme un phénomène qu'il a fréquemment observé dans le cours de la tuberculisation pulmonaire ; à ses yeux, cet accident apparaît dans la période ultime de la maladie, lorsque les phthisiques sont parvenus à un état avancé de cachexie, et comme tel, il annonce une terminaison prochainement fatale.

J. Frank (2) parle à plusieurs reprises des ulcérations de la bouche qui apparaissent dans la phthisie pulmonaire, et qu'il désigne sous le nom d'aphthes, d'angine, de gangrène de la bouche des phthisiques ; il les considère comme un phénomène grave et d'un mauvais pronostic ; il insiste particulièrement sur leur ténacité, leur longue durée, et développe complaisamment une longue liste des médicaments qu'il regarde comme les plus propres à en amener sinon la guérison, du moins l'amélioration. Il cite même, dans ses notes bibliographiques, une monographie (3) qui a été publiée sur ce sujet; nous regrettons d'autant plus vivement de n'avoir pu nous la procurer, que Frank se borne à y renvoyer le lecteur, sans donner le moindre renseignement

(1) *Traité de la phthisie pulmon.*, t. II, p. 76; Paris, 1798 Nouvelle édition de 1805.

(2) *Traité de pathologie interne*, traduct. de Bayle; Paris, 1857. T. IV, chap. 4, § 10, n° 6. *Ibid.*, n° 16. T. V, chap. 34, § 8, n° 3. T. V, chap. 35, § 3, n° 1, et passim.

(3) Lafont, *Diss. de aphthis phthisicorum;* Hafn., 1768.

sur les faits qu'elle renferme, ni sur le but dans lequel elle a été conçue.

Bayle, qu'on regarde à juste titre comme le fondateur de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie de la phthisie pulmonaire, est aussi de tous les auteurs celui qui insiste le plus sur les ulcérations qui se développent dans la bouche des phthisiques. Après avoir constaté la fréquence de ce phénomène, il fait ressortir les différences qui séparent les ulcérations des phthisiques de celles des sujets sains ou atteints d'autres maladies ; il se montre disposé à les considérer comme une des manifestations de la diathèse tuberculeuse, et dans son chapitre sur le traitement de la phthisie, il consacre un paragraphe à l'exposé des médicaments qu'on peut employer pour guérir cette affection. Nous ne pouvons mieux faire, du reste, que de reproduire ici les paroles de cet illustre médecin : « Il y a, dit Bayle, une autre lésion, *trop commune dans la phthisie pour la passer sous silence*, et que je crois devoir placer ici : c'est l'excoriation déterminée par les aphthes. Je soupçonne que cette affection *tient à la diathèse tuberculeuse* exaltée par la fièvre hectique ; mais ce n'est ici qu'une simple conjoncture que je me garderai de donner comme un fait positif. Quoi qu'il en soit, les aphthes qui occupent assez souvent *la bouche*, *le pharynx*, et même *les fosses nasales* des phthisiques, *ne ressemblent ni aux aphthes qu'on observe dans diverses maladies aiguës fébriles*, *ni à ceux qui surviennent spontanément en pleine santé*. Chez les phthisiques, on ne voit presque jamais les aphthes commencer par une petite vésicule pleine de sérosité, qui se perce et est bientôt suivie d'un petit ulcère blanchâtre, à bords relevés et à fond conique. Lorsque les phthisiques ont des aphthes, cette affection éruptive

commencée par une altération de la membrane muqueuse, qui se couvre d'une infinité de petites plaques blanches comme argentées. Au moment où ces petites plaques se détachent, elles laissent apercevoir la membrane muqueuse, qui est uniformément excoriée, et très-douloureuse. J'ignore à quoi tient précisément cette éruption des aphthes chez les phthisiques, mais on ne peut pas l'attribuer au contact de la matière purulente.

« Quelques faits prouvent évidemment qu'elle tient à une disposition générale. Nous en rappellerons trois qui paraissent décisifs : le premier, c'est que chez quelques malades les aphthes paraissent en même temps dans la bouche et à l'intérieur des grandes lèvres ; le second, c'est que chez d'autres individus les aphthes surviennent en même temps dans la bouche et dans les oreilles. J'ai vu cette altération des oreilles survenue à l'intérieur du pavillon, percer quelquefois le cartilage et même la peau du côté opposé. Il y avait alors à l'oreille un petit trou qui, examiné par la partie convexe du pavillon, semblait avoir été fait par un emporte-pièce. Enfin, lorsqu'il survient des aphthes dans les maladies de l'utérus accompagnées de fièvre hectique, quoique le siége de la maladie soit fort éloigné de la bouche, l'éruption des aphthes ressemble à celle qu'on observe dans la phthisie » (1).

Dugès, parmi les différentes causes des aphthes (2), mentionne la diathèse tuberculeuse. A l'exemple de Baumès, de Frank et de Bayle, il considère l'apparition

(1) *Recherches sur la phthisie pulmon.*, p. 614 ; Paris, 1810.

(2) Rappelons ici que, sous la dénomination commune d'*aphthes*, Baumès, Frank et Dugès confondaient des altérations tout à fait distinctes, qu'on sépare aujourd'hui, et que par *aphthes ulcéreux* ils entendaient simplement *ulcérations de la membrane muqueuse buccale*.

des ulcérations buccales dans la phthisie comme d'un mauvais augure ; il la signale comme un phénomène grave et un « signe à peu près certain, ajoute-t-il, qu'il en existe de plus fâcheuses encore dans le canal intestinal » (1).

De nos jours, M. Ricord, dans les leçons cliniques qu'il faisait à l'hôpital du Midi, a souvent attiré l'attention de ses élèves sur ces ulcérations de l'isthme du gosier et du pharynx, presque toujours considérées à tort comme des manifestations de la vérole, et qu'il attribuait à la tuberculisation pulmonaire, en les désignant sous le nom significatif de *phthisie buccale*.

C'est en outre à ce médecin que revient le mérite d'avoir rattaché à leur véritable origine, c'est-à-dire à la diathèse tuberculeuse, certaines solutions de continuité de la langue et de la face muqueuse des joues et des lèvres, qu'avant lui on prenait pour de la vérole ou du cancer.

En 1858, dans sa thèse inaugurale, M. Buzenet, un des élèves de M. Ricord, mentionne les ulcérations tuberculeuses (2) de la bouche, les différencie de celles qui sont sous la dépendance de la vérole, et publie une observation prise en 1856 dans le service de son maître par M. Fournier, et dans laquelle on voit M. Ricord déclarer tuberculeuse une ulcération de la langue

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. III, art. *Aphthes*; Paris, 1829.

(2) La dénomination d'*ulcération tuberculeuse* signifie, à proprement parler, ulcération produite par le ramollissement d'un tubercule et par le travail d'élimination destiné à rejeter ce tubercule à l'extérieur. Hâtons-nous de dire une fois pour toutes, que ce n'est pas dans ce sens que nous l'employons, et qu'à l'exemple de plusieurs auteurs très-recommandables, nous entendons par ulcérations tuberculeuses, des ulcérations existant chez un malade atteint de phthisie pulmonaire, et qui doivent être considérées comme des manifestations de la diathèse tuberculeuse.

qui avait été prise pour un chancre. Nous croyons devoir extraire de la thèse de M. Buzenet le passage auquel nous faisons allusion, et que voici textuellement : « La diathèse tuberculeuse, qui affecte si souvent la muqueuse du larynx (phthisie laryngée), ou celle de l'intestin (entérite tuberculeuse), étend quelquefois ses manifestations jusque sur la muqueuse buccale. D'après M. Ricord, *les ulcérations de la bouche dues à cet ordre de causes ne seraient pas très-rares*. Il faut convenir cependant, que jusqu'à ce jour elles ont peu fixé l'attention des observateurs. Leur histoire est restée dans l'oubli, et je n'en ai trouvé nulle part une description satisfaisante. Il serait imprudent de donner les caractères généraux de cette ulcération si peu connue ; je préfère m'en tenir à l'observation suivante recueillie dans le service de M. Ricord :

« B..... (Pierre), 24 ans, colporteur, entré au Midi le 21 octobre 1856. Sujet maigre, constitution affaiblie ; cependant, pas de lésions fonctionnelles, appétit conservé ; blennorrhagie en 1854, dégénérée en suintement habituel, pas d'antécédents syphilitiques.

« Ce malade raconte que dans le mois d'avril ou de mars, il fut affecté d'un bouton siégeant sur la face inférieure de la langue ; ce bouton, complétement indolent à son début, ne tarda pas à produire une ulcération qui s'élargit beaucoup dans les mois suivants, et prit les dimensions d'une pièce de vingt centimes. Consulté à cette époque, un médecin de la ville prescrivit un traitement à l'iodure de potassium, et pratiqua des cautérisations répétées au nitrate d'argent ; cette médication, continuée pendant deux mois, n'exerça aucune influence sur l'ulcération, qui continua à se creuser et à grandir.

« *Etat actuel*, octobre 1856. — Sur la face inférieure de la langue et vers l'extrémité de l'organe, ulcération de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, arrondie, creuse, et d'aspect véritablement chancreux. Les bords de l'ulcération sont nettement taillés, comme si la perte de substance eût été produite par un emporte-pièce ; le fond est grisâtre, anfractueux, irrégulier, sa base est remarquablement dure ; les ganglions sus-hyoïdiens sont un peu développés ; il en est de même des ganglions mastoïdiens à gauche.

« Depuis quelques mois, le malade perd ses cheveux ; il se plaint de maux de gorge et d'enrouement assez fréquents ; l'on crut tout d'abord à un chancre induré de la langue, et un traitement spécifique fut prescrit.

« Mais ce diagnostic fut bientôt modifié ; quelques semaines ne s'étaient pas encore écoulées, que le malade fut pris d'une diarrhée abondante et rebelle, malgré la suspension du traitement mercuriel ; il s'amaigrit beaucoup et commença à tousser. L'auscultation fit constater des signes non douteux d'une tuberculisation du sommet de l'un des poumons ; enfin, l'enrouement augmenta, la voix ne tarda pas à s'éteindre presque complétement ; des crachats purulents avec stries sanguines furent rendus à plusieurs reprises, et l'existence d'ulcérations laryngées devint évidente ; aucun symptôme de syphilis ne vint s'ajouter à ce triste tableau.

« L'ulcération linguale était restée stationnaire. En présence des phénomènes qui s'étaient produits, M. Ricord avait abandonné son premier jugement, et, renonçant à l'idée d'un chancre infectant, il considéra cette ulcération comme étant *de nature tuberculeuse et complétement analogue aux ulcérations laryngées*. Dans les mois suivants, les symptômes allèrent en s'aggravant ;

le malade tomba dans le marasme, et succomba l'année suivante aux progrès de la tuberculisation, comme le prouva l'autopsie » (1).

Dans une communication orale qu'il a bien voulu nous faire, M. Ricord nous a dit avoir depuis de longues années observé sur le voile du palais, les amygdales, le pharynx, la langue, ainsi que sur la face muqueuse des lèvres et des joues, des ulcérations considérées jusqu'alors comme de nature syphilitique ou cancéreuse, et dont la véritable cause, suivant lui, était la tuberculisation pulmonaire. Ajoutons enfin que, pour M. Ricord, il y a analogie complète entre ces ulcérations tuberculeuses de la bouche, et celles que les phthisiques présentent si communément dans les voies aériennes et dans le canal intestinal.

Quant à nous, nous avons eu l'occasion d'observer, au commencement de cette année, dans les salles de M. Tardieu, notre honoré maître, deux phthisiques présentant des ulcérations de la bouche. M. le Dr A. Fournier, qui suppléait en ce moment M. Tardieu, attira spécialement notre attention sur ces ulcérations, en nous faisant remarquer que nous avions précisément sous les yeux cette sorte d'affection ulcéreuse que M. Ricord distinguait avec soin de la syphilis et du cancer, et qu'il enseignait être de nature tuberculeuse. Ces prévisions se réalisèrent pleinement, et, la terminaison ayant été fatale dans les deux cas, nous avons pu vérifier à l'autopsie les altérations que nous avions constatées pendant la vie, et que nous avons fait représenter dans les deux planches qui se trouvent à la fin de cette thèse.

(1) *Du Chancre de la bouche; son diagnostic différentiel.* Thèses de Paris, 1858.

Il en a été de même pour une troisième malade, que nous avons observée dans le service de M. Oulmont. Cette dernière, également phthisique, était aussi affectée d'ulcérations buccales, au premier abord considérées comme spécifiques, mais qui, selon nous, étaient sous la dépendance de la tuberculisation pulmonaire, comme celles qu'avaient présentées les deux malades de notre service.

Ces trois faits, unis aux observations qu'a bien voulu nous communiquer M. le Dr A. Fournier, et à une autre, que nous devons à l'obligeance de notre ami le Dr Leven, nous paraissent une récolte de documents suffisante pour servir de base à un travail, qui a pour but de rappeler à l'attention des observateurs un sujet intéressant et peu connu.

CARACTÈRES ANATOMIQUES.

Siége. — Les ulcérations dont nous parlons peuvent se développer sur toutes les parties de la membrane muqueuse de la bouche : on les voit apparaître sur les amygdales, le voile du palais, les parois postérieure et latérales du pharynx, sur la langue, les gencives, ainsi que sur la face muqueuse des lèvres et des joues ; nous avons vu, en outre, que Morgagni et Bayle en avaient observé jusque dans les fosses nasales. Tantôt elles se développent sur l'une de ces parties seulement; tantôt, au contraire, on les rencontre dans plusieurs points à la fois, soit qu'elles aient apparu sur tous simultanément, soit que les différentes parties affectées aient été successivement envahies par l'extension de la maladie primitivement localisée en un seul endroit.

Dans les observations que nous rapportons, nous voyons les ulcérations occuper la langue dans quatre

cas, la gorge tout entière dans trois autres, et la face interne des joues dans un seul. Sur la langue, elles peuvent occuper l'extrémité antérieure de cet organe, soit un de ses bords, soit sa face inférieure, dans le voisinage du frein. Nous les avons vues siéger à la base de la langue, où elles étaient en assez grand nombre, ne s'étendant pas au delà du V formé par les papilles nerveuses; elles s'étaient alors primitivement développées sur les amygdales, le voile du palais et le pharynx, pour s'étendre de là sur les parties voisines. Dans l'observation II, il y avait une ulcération en voie de développement sur la face supérieure de la langue, à 1 ou 2 millimètres du bord gauche.

Enfin, dans les trois premières observations, les ulcérations s'étaient développées sur l'isthme du gosier, sur les parois postérieure et latérales du pharynx, et venaient se confondre avec celles de l'épiglotte et du larynx, qui étaient, du reste, beaucoup moins nombreuses et moins profondes.

D'après ce que nous venons de dire, on voit que les ulcérations tuberculeuses de la bouche peuvent se développer sur tous les points de la membrane muqueuse buccale. Il ne nous est pas possible de dire, vu le nombre restreint des observations que nous avons pu réunir, si elles affectionnent une partie de la cavité buccale plutôt que telle autre. Il paraîtrait, cependant que le pharynx, l'isthme du gosier et la langue sont les organes le plus ordinairement affectés : après eux viendraient la face interne des lèvres et des joues, ainsi que les gencives, tandis que la muqueuse de la voûte palatine en serait exempte, ce qui pourrait bien tenir à la structure propre à cette partie de la membrane muqueuse buccale.

Nombre. — Le nombre des ulcérations tuberculeuses de la bouche est infiniment variable, et souvent en raison inverse de leur étendue et de leur profondeur. Quelquefois on n'en trouve qu'une seule ; d'autres fois elles sont multiples, et dans quelques cas, la membrane muqueuse en est comme criblée.

Lorsqu'elles siégent sur le voile du palais, les amygdales et le pharynx, elles sont généralement nombreuses ; mais, lorsqu'elles se sont développées sur la langue, les lèvres ou les joues, par exemple, elles sont presque toujours solitaires, et leurs dimensions ordinairement d'autant plus grandes. Dans toutes les observations que nous rapportons, et dans lesquelles les ulcérations siégeaient ailleurs qu'à la gorge, on n'en a jamais compté plus de deux à la fois, et on ne les a jamais vues pulluler sur la langue, les gencives, les lèvres et les joues, en couvrant ces parties, comme nous l'avons observé sur l'isthme du gosier et dans le pharynx.

En outre, le nombre des ulcérations variera suivant la période de leur existence dans laquelle on les observera : uniques ou peu nombreuses au début, elles peuvent se multiplier à l'infini en quelques jours, de même que plusieurs solutions de continuité peuvent, en s'étendant, devenir confluentes, et finir par se confondre en un seul et même ulcère.

Forme. — Rien n'est plus variable que la forme des ulcérations tuberculeuses. Le simple aspect des planches que nous avons placées à la fin de cette thèse donnera une idée de l'excessive variabilité de forme qu'elles peuvent affecter.

Nous les voyons tantôt isolées, tantôt contiguës, tantôt confluentes. Souvent assez exactement arrondies, elles sont ailleurs ovalaires, allongées en forme de

bande, sinueuses et serpentant de mille manières sur la membrane muqueuse. Tantôt nettement limitées par des bords d'autant plus franchement accusés qu'elles sont elles-mêmes plus profondes; tantôt irrégulièrement circonscrites, et si superficielles, qu'il faut une observation minutieuse pour les distinguer.

Lorsqu'elles sont solitaires, leur configuration est assez généralement nette et arrondie; mais, lorsqu'elles sont nombreuses, elles ont une grande tendance à devenir confluentes, et affectent les formes les plus irrégulières et les plus bizarres. Dans les trois cas que nous avons observés, nous avons remarqué que la forme des ulcérations était d'autant plus nette, que la profondeur en était plus grande, tandis qu'au contraire, lorsque les solutions de continuité étaient superficielles, leur configuration était plus capricieuse et leur aspect moins nettement accusé.

Surface. — Tantôt lisse et unie, leur surface est souvent inégale, mamelonnée et comme anfractueuse, présentant quelquefois des parties saillantes. Nous l'avons toujours vue couverte de débris de membrane muqueuse, ou d'un liquide épais et gluant, mélange de salive et de mucosités, formant dans quelques cas une couche assez considérable qui disparaît par le lavage. Cette abondante exsudation recouvre les ulcérations, adhère en quelque sorte à toutes les parties de la bouche, occasionne une gêne considérable de la mastication et de la déglutition, et devient bientôt une cause permanente d'angoisse pour les pauvres malades, qui ne peuvent s'en débarrasser malgré les plus pénibles efforts.

Tantôt la surface de l'ulcération présente une coloration d'un rouge vif; tantôt, au contraire, elle est pâle,

comme anémiée, le plus souvent grisâtre, et semblable à celle des plaies détrempées par une sanie puriforme. Notons enfin que nous l'avons vue cyanosée, véritablement ecchymotique, d'une coloration bleu foncé, et laissant suinter du sang par la pression (observation 2). La coloration est en outre loin d'être la même à toutes les périodes de l'existence des ulcérations. Nous l'avons vue, d'un rouge vif qu'elle était au moment de l'apparition de l'ulcère, devenir grisâtre et blafarde à mesure que celui-ci vieillissait. Chez la malade sur laquelle nous avons observé cette couleur ecchymotique des ulcérations, les tissus avoisinants présentaient aussi la même teinte : il s'était produit autour des parties ulcérées des pétéchies semblables à celles qu'on observe dans le purpura.

Bords. — Les bords des ulcérations peuvent affecter des dispositions très-différentes, et se présenter sous des aspects qui varieront suivant la profondeur, l'étendue, l'ancienneté, le nombre des solutions de continuité, et la distance plus ou moins grande qui les sépare.

Chez la malade qui fait l'objet de notre première observation, et dont les pièces sont représentées dans la planche I, les bords des ulcérations étaient très-nettement accusés ; ceux des ulcérations qui siégeaient sur l'amygdale droite étaient festonnés, taillés à pic et comme à l'emporte-pièce. Dans les solutions de continuité qui avaient leur siége sur le voile du palais, ils étaient saillants, formant une sorte de bourrelet, déchiquetés sur certains points, entamés eux-mêmes par le travail ulcératif, revenant en certains endroits sur la surface ulcérée qui, grâce à sa profondeur et à cette disposition, formait une véritable cavité. D'autres fois,

au contraire, et la planche II nous présente surtout cette disposition, les bords sont aplatis, comme affaissés, presque de niveau avec la surface de la solution de continuité, de manière à être quelquefois difficilement appréciables. Ils présentent ce caractère, lorsque les ulcérations sont en grand nombre, plus ou moins rapprochées les unes des autres, ou récemment formées. Quand elles sont anciennes, peu nombreuses ou solitaires, elles sont alors généralement plus profondes, leurs bords plus saillants, ordinairement taillés à pic, et toujours nettement accusés.

Le plus souvent les bords sont souples, rosés, formés par la muqueuse non altérée, disposition qui s'observe lorsque les ulcérations sont de formation récente. Dans celles qui sont vieilles, au contraire, les bords sont plus ou moins durs, pâles, lardacés, constitués par une membrane qui a évidemment perdu ses caractères normaux, et qui est malade elle-même. Ici enfin ils sont pâles, blanchâtres ou jaunâtres ; là d'un rouge foncé, entourés d'une auréole livide qui s'étend à une distance variable ; d'autres fois ils sont violets, bleuâtres, et présentent une coloration ecchymotique.

Etendue. — Très-différentes sous le rapport de leur étendue, les ulcérations tuberculeuses de la bouche ont quelquefois à peine le diamètre d'une tête d'épingle, tandis que d'autres fois elles occupent une surface très-considérable. Du reste, leur étendue est en raison inverse de leur nombre, et généralement aussi de leur profondeur, n'ayant quelquefois à peine que 2 ou 3 millimètres de diamètre, elles atteignent souvent 1 ou 2 centimètres de largeur. A la gorge, où elles sont ordinairement multiples, elles deviennent rapide-

ment confluentes, et la surface de cette partie de la membrane muqueuse buccale ne présente qu'une seule et vaste ulcération, où l'on ne distingue plus que çà et là quelques portions de tissu sain.

Tantôt elles s'accroissent dans tous les sens à la fois, tantôt elles s'allongent, et sur une largeur d'une à deux lignes, présentent une longueur souvent considérable. Ajoutons encore que l'étendue de l'ulcération variera aussi suivant la période à laquelle on l'observera. Telle solution de continuité, qui était au début assez petite pour être difficilement appréciable, pourra atteindre en quelques jours le diamètre d'une pièce de 50 centimes.

Profondeur. — La profondeur des ulcérations offre également de nombreuses variétés : lorsqu'elles sont de formation récente, elles sont superficielles, mais, quand elles sont anciennes, on les voit se creuser de plus en plus, et atteindre quelquefois les proportions de véritables cavités. Dans la pièce qui fait le sujet de la planche II, on voit de chaque côté de la base de la langue, près des piliers du voile du palais, deux cavités, qui, à la mensuration, nous ont présenté une profondeur de plus de 1 centimètre : dans la même pièce, la luette et l'épiglotte ont été érodées, déchiquetées par le travail ulcératif. Quant aux ulcérations du pharynx, de la base de la langue et du voile du palais, les unes étaient tout à fait superficielles et à peine sensibles même, tandis que d'autres offraient une profondeur de plusieurs millimètres. Il en était de même chez la malade dont la pièce est représentée dans la planche I ; on y voit, sur le voile du palais, des anfractuosités profondes, à côté de solutions de continuité tout à fait superficielles.

Les mêmes variétés de profondeur se retrouvent dans les ulcérations de la langue, des lèvres et des autres parties de la bouche.

Mode de formation; phases diverses. — Comment ces ulcérations se développent-elles? et quels sont les changements et modifications qu'elles peuvent subir?

Telles sont les deux questions auxquelles nous avons à répondre en ce moment.

Ayant eu l'occasion d'assister à l'apparition et au développement des ulcérations de la malade qui fait l'objet de notre seconde observation, nous allons essayer de les retracer ici.

Au début, on voit apparaître de petits points jaunâtres, nettement limités, de la grosseur d'une tête d'épingle, dont la coloration tranche sur celle des parties environnantes; ces petits points font légèrement saillie à la surface de la muqueuse, et lorsqu'on les gratte avec une spatule, on enlève une mince pellicule, au-dessous de laquelle on trouve du pus et une excoriation tout à fait superficielle.

Ces petits points sont en outre nombreux, uniformément répandus sur le voile du palais et les amygdales. Au bout de quelques jours, les ulcérations apparaissent, et, à la place de chacune de ces taches, on remarque une solution de continuité arrondie, nettement limitée, rosée, brillante, et dont les dimensions correspondent exactement à celles des taches auxquelles elles ont succédé. Bientôt, ces ulcérations se développent dans tous les sens, s'agrandissent, perdent la forme régulièrement circulaire qu'elles avaient, pour affecter celles infiniment variées et multiples que nous avons décrites plus haut. En même temps qu'elles augmentent en surface, les ulcérations se multiplient sur une plus grande

étendue, et on les voit apparaître sur différents points du pharynx et de la muqueuse buccale. Bientôt elles se recouvrent d'une abondante couche d'un mucus filant et jaunâtre qui en voile l'aspect, et obstrue la gorge des malades, en dépit des pénibles efforts qu'ils font pour s'en débarrasser.

Une fois développées, ces ulcérations tendent le plus ordinairement à s'agrandir ou à rester stationnaires : nous ne les avons pas vues rétrograder. Cette ténacité et cette tendance à un accroissement incessant sont, pour le dire en passant, un des caractères communs qu'elles partagent avec les ulcérations du larynx, de la trachée et du canal intestinal.

Enfin, après avoir gagné en surface, l'ulcération gagne en profondeur, érode, ronge les tissus sur lesquels elle repose, les détruit en partie ou en totalité, et atteint de la sorte des dimensions que nous avons indiquées plus haut.

Sur la langue, le développement paraît être le même que sur le voile du palais, les amygdales et le pharynx. Nous n'avons pas, comme pour les ulcérations de la gorge, assisté à la formation de la solution de continuité ; mais il est permis de croire que dans ces cas-là l'affection débute par un bouton, devenant bientôt une pustule, laquelle se transforme en ulcération, affectant la même marche et passant par les mêmes phases que celles de la gorge.

État des parties environnantes. — La membrane muqueuse environnante a tantôt conservé sa couleur et son épaisseur normales, surtout quand les ulcérations sont peu nombreuses et superficielles ; tantôt, au contraire, elle est pâle et décolorée.

Lorsque les solutions de continuité sont grandes ou

nombreuses, la muqueuse, d'un rouge plus ou moins intense, est tapissée quelquefois d'un détritus pseudo-membraneux, et présente dans certains cas un degré plus ou moins prononcé d'épaississement et d'induration. Ailleurs, elle présente la coloration bleuâtre des pétéchies, coloration que nous avons observée dans toute l'étendue de la muqueuse qui tapisse le pharynx et la base de la langue (obs. 2).

Sur la langue, les papilles sont augmentées de volume, d'un rouge vif, et forment des saillies entre lesquelles serpentent les ulcérations. Ici, la membrane muqueuse n'est érodée que dans une partie de son épaisseur; ailleurs, elle est complétement détruite, et le fond de l'ulcère est formé par le tissu cellulaire, qui est peu ou point épaissi, ou bien infiltré et induré; les tissus sous-jacents peuvent être eux-mêmes altérés, désorganisés et détruits par le travail ulcératif; les ganglions voisins sont souvent engorgés et douloureux, ainsi que cela se trouve noté dans toutes les observations que nous rapportons. Le tissu cellulaire sous-muqueux présente parfois une infiltration séreuse plus ou moins considérable dans les parties sur lesquelles reposent les ulcérations. Dans notre première observation, cette infiltration s'est étendue jusqu'aux replis de la partie supérieure du larynx, et a déterminé un œdème de la glotte auquel la malade a succombé.

Lésions concomitantes. — Dans tous les cas que nous rapportons, on a noté, comme lésions concomitantes des ulcérations tuberculeuses, les altérations caractéristiques de la phthisie pulmonaire. Chez les trois malades que nous avons observés, nous avons constaté à l'autopsie une tuberculisation pulmonaire avancée. Dans les autres observations que nous mentionnons, les signes

de la diathèse tuberculeuse ont été constatés, et sont rapportés de manière à ne laisser subsister aucun doute sur la coexistence de la phthisie pulmonaire avec les ulcérations buccales.

En outre, chez les trois malades que nous avons observés, et dont nous avons fait l'autopsie, nous avons trouvé dans les voies aériennes et dans le tube intestinal des ulcérations, dont l'existence avait été du reste révélée pendant la vie par les symptômes de phthisie laryngée qu'on avait observés, et par la diarrhée. Dans les observations qui nous ont été communiquées, et dans lesquelles l'autopsie manque, on a constamment noté l'altération de la voix, ce qui autorise à admettre que des ulcérations existaient dans le larynx. Nous ajouterons que les ulcérations des voies aériennes ne nous ont pas paru être en rapport avec celles de la bouche. Ainsi, chez la malade de l'observation 1re on trouve dans la bouche de profondes et nombreuses pertes de substance, tandis que c'est à peine si dans le larynx on remarque quelques ulcérations superficielles. Dans l'observation 3, on trouve dans la cavité bucco-pharyngienne des ulcères autrement nombreux, profonds et graves. que les quelques petites excoriations constatées à grand'peine dans le larynx. Chez nos trois malades, au contraire, nous avons vu des ulcérations très caractérisées dans l'intestin, dans l'œsophage (obs. 2), et même dans l'estomac (obs. 2); comme si les ulcérations buccales et intestinales se rattachaient à un état morbide spécial du tube digestif tout entier.

CARACTÈRES SYMPTOMATOLOGIQUES.

Les symptômes qui accompagnent les ulcérations de la bouche, débutent ordinairement d'une manière lente

et graduelle. Lorsque les ulcérations apparaissent dans la gorge, elles succèdent à des phénomènes d'une inflammation plus ou moins aiguë des parties où elles se manifesteront. Dans une première période, qui précède la formation des ulcérations, le malade éprouve dans la gorge une souffrance qui peut se traduire par des caractères variables. C'est le plus ordinairement un sentiment de gêne à la gorge, ou bien une sensation de chatouillement, de picotement, de chaleur et de sécheresse. Cette sensation, quelquefois bornée à un seul côté, le malade ne l'éprouve parfois que par intervalles, et elle augmente dans la déglutition des liquides et surtout des solides. Ce symptôme est ordinairement accompagné, souvent précédé, d'altération de la voix, d'accès de toux et de gêne notable dans la respiration, tous accidents qui sont liés à la présence de tubercules dans le poumon, ou à l'existence d'ulcérations dans le larynx ou la trachée-artère.

A l'inspection des parties, on trouve le fond de la gorge plus ou moins rouge; rien encore n'annonce la formation d'ulcérations. Cette rougeur persiste pendant quelques jours; alors on voit tout à coup apparaître sur les parties malades, de petits points d'un jaune clair, arrondis, de la grosseur d'une tête d'épingle : ce sont de petites pustules qui crèvent bientôt et se transforment en autant de petites ulcérations. En même temps, le sentiment d'ardeur et de sécheresse et la gêne dans la déglutition augmentent. Les ulcérations, une fois formées, se multiplient, se développent, gagnent en étendue et en profondeur; les symptômes précités se caractérisent, et l'engorgement ganglionnaire survient. Bientôt, la gorge entière est envahie, la douleur locale augmente; elle devient plus fixe, plus constante, parfois très-vive, piquante, lancinante, augmentant par la

déglutition, la toux et l'expectoration. A ce moment, il se forme cette exsudation mucoso-purulente dont nous avons parlé, qui recouvre les parties affectées, empâte la bouche des malades, et acquiert une épaisseur telle, qu'il faut l'enlever préalablement, si on veut examiner avec soin les ulcérations ou porter sur elles un caustique quelconque. Le sentiment d'ardeur et de cuisson est porté à l'extrême, de telle façon que les malades n'ont aucun repos, et en arrivent à être privés de sommeil. La déglutition ne se fait plus sans une douleur plus ou moins vive, proportionnée à la profondeur des ulcérations et à la sensibilité des parties qui en sont le siége. Le passage des solides, plus pénible que celui des liquides, devient même tellement douloureux, que les malades refusent tous les aliments dans la crainte de l'excessive sensibilité que réveille leur déglutition (1). En même temps survient une salivation abondante et des plus pénibles : les pauvres malades font sans cesse des efforts d'expuition, s'évertuant, mais en vain, à rejeter les mucosités visqueuses qui remplissent leur bouche.

Ce besoin impérieux de cracher à chaque instant, et qui est tout à fait indépendant de la toux, est un des symptômes les plus pénibles de l'affection qui nous occupe, et un des ennuis dont les malades se plaignent le plus.

(1) Nous n'avons pu nous défendre d'un certain étonnement en lisant, dans le chapitre que M. Louis consacre aux lésions du pharynx et de l'œsophage, le passage suivant : « Je n'ai jamais observé *aucun symptôme qui pût être rapporté aux ulcérations du pharynx*, à celles de l'œsophage et à l'amincissement de la partie inférieure de ce dernier. Il en a été de même des cas où l'espèce de fausse membrane pultacée dont il a été question existait, à moins qu'on ne veuille lui attribuer la gène de la déglutition qui a eu lieu pendant un espace de temps assez considérable, ce qui serait assurément très-hasardé. » (Louis, *loc. cit.*, p. 68.)

Lorsque les ulcérations siégent sur la langue, où nous avons dit qu'elles se développaient en nombre infiniment moindre, les symptômes ne sont pas les mêmes que ceux décrits plus haut. Le malade commence par éprouver une petite douleur dans le point de la langue où va apparaître l'ulcération. En ce point, on aperçoit une légère rougeur, et bientôt un bouton ; ce bouton grossit, se développe et finit par s'ulcérer. Puis, l'ulcération une fois constituée, suit la marche et présente les caractères que nous avons décrits dans le chapitre précédent. Pour tout symptôme, le malade éprouve une douleur locale plus ou moins vive, exagérée par le contact des matières alimentaires ou le frottement des dents, et dont l'intensité est proportionnée à la profondeur, à l'étendue, au nombre des ulcérations. Quelquefois les ganglions sous-maxillaires s'engorgent, mais toujours d'une façon moins notable que dans la première forme, où nous les avons vus devenir douloureux.

Quant aux symptômes généraux, nous n'avons pas à les décrire ici : nous nous bornerons à dire que ce sont ceux de la phthisie pulmonaire, et qu'ils sont subordonnés au degré d'intensité et de gravité que la tuberculisation du poumon aura pu atteindre.

Ces manifestations, toutefois, peuvent présenter entre elles de notables différences, qui dépendront du siége des ulcérations, de leur nombre, de leur profondeur, de leur étendue, et aussi de cette susceptibilité si variable, en vertu de laquelle telle lésion peut exister chez l'un presque sans douleur et sans trouble de l'économie, tandis que chez un autre elle donnera lieu à diverses souffrances et à de graves désordres fonctionnels.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

La marche et la durée des ulcérations tuberculeuses de la bouche sont un des caractères les plus saillants de leur histoire, et un des meilleurs éléments qui puissent servir à les diagnostiquer : tandis, en effet, que nous voyons les ulcérations syphilitiques et autres s'arrêter, rester stationnaires, s'amender ou guérir, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié, nous observons dans les ulcérations de la phthisie une marche progressive et une durée très-longue. Elles ont une propension des plus marquées à l'envahissement, surtout celles qui siégent à l'isthme du gosier ; elles tendent toutes à s'éterniser, et résistent à tous les moyens mis en usage pour les combattre.

La rapidité de leur développement est variable : tantôt elles apparaissent et se multiplient en quelques jours, tantôt, au contraire, elles ne se développent que fort lentement et n'acquièrent qu'à la longue une certaine étendue. Ceci s'observe surtout pour les ulcérations de la langue. Une fois développées, elles restent stationnaires pendant un temps souvent très-long ; c'est ainsi que, chez les malades qui font l'objet des observations 2 et 3, elles ont persisté pendant plus de six semaines, jusqu'à la mort des malades, et cela sans qu'il ait été possible d'en obtenir l'amélioration par tous les moyens tant externes qu'internes qu'on a employés pour les combattre. Les différences qu'elles peuvent présenter dans leur développement et leur durée, dépendent beaucoup, on le conçoit aisément, de l'état du poumon lors du début des ulcérations, du degré d'affaiblissement auquel est parvenu le malade, de l'état de cachexie plus ou moins avancé auquel il est en proie, et des complications plus

ou moins graves qui peuvent survenir dans le cours de la phthisie pulmonaire. Or l'on sait que la durée de l'affection tuberculeuse en général, est infiniment variable chez les différents individus.

Quant aux différents modes de terminaison, on ne peut se refuser d'admettre que, dans certains cas, les ulcérations buccales puissent guérir ; mais cette heureuse issue, si ordinaire et presque constante pour les ulcérations dépendant du virus syphilitique ainsi que pour les aphthes et autres ulcères simples de la bouche, est infiniment plus rare pour les solutions de continuité qui dépendent de la phthisie pulmonaire. Nous croyons que, sous le point de vue de la terminaison, comme sous celui de la marche, de la durée et de tant d'autres, les ulcérations tuberculeuses de la bouche se comportent comme celles de même nature qui apparaissent dans le tube laryngo-trachéal et dans l'intestin : or on sait que ces ulcérations sont d'une ténacité qui fait le désespoir du malade et du médecin, qu'elles guérissent très-rarement et qu'elles persistent presque toujours jusqu'à la mort de celui qui en est affecté.

Le plus souvent donc, la terminaison sera funeste, surtout lorsque les ulcérations siégeront à la gorge, soit que le malade succombe lentement aux progrès de la consomption pulmonaire, soit qu'un accident inattendu le fasse périr plus ou moins brusquement, avant qu'il arrive au dernier degré du marasme.

DIAGNOSTIC.

La muqueuse bucco-pharyngienne peut être le siége d'ulcérations de nature les plus diverses : un assez grand nombre de maladies peuvent s'y manifester par des solutions de continuité analogues à celles que nous

étudions, et qu'il est loin d'être toujours facile de distinguer les unes des autres. Nous nous proposons, dans cette partie de notre travail, d'énumérer les différentes affections de la bouche qui pourraient prêter à l'erreur, et de signaler les caractères distinctifs qui permettront de ne pas les confondre avec les ulcérations liées à la phthisie pulmonaire.

Plaques muqueuses. — De toutes les ulcérations qui peuvent apparaître dans la cavité buccale et simuler des ulcérations tuberculeuses, celles qui reconnaissent la vérole pour cause, sont sans contredit les plus communes, et par conséquent les plus importantes à diagnostiquer. L'excessive fréquence de la syphilis, et sa tendance bien connue à récidiver expliquent, en outre, comment on peut être quelquefois appelé à rencontrer dans la bouche des accidents spécifiques à côté des manifestations de la diathèse tuberculeuse, circonstance qui vient ajouter au diagnostic une complication embarrassante.

La plaque muqueuse, avec les caractères et l'aspect qu'elle revêt ordinairement, ne saurait être confondue avec l'affection qui nous occupe ; mais, lorsque sa surface s'est ulcérée, elle présente, avec les ulcérations tuberculeuses, une certaine analogie : les considérations suivantes serviront à éclairer le diagnostic de ces deux lésions entre elles. La plaque muqueuse apparaît d'abord sous l'aspect d'une papule grisâtre, à contours bien nets, sans cercle inflammatoire, comme plantée sur la muqueuse saine. Sous l'influence d'une irritation locale, comme l'usage immodéré du tabac, la présence d'une dent cariée, ou de toute autre cause, cette plaque s'est ulcérée, et alors la solution de continuité débute le plus souvent par le centre, et gagne la circonférence.

Nous voyons donc que, dans les plaques muqueuses, l'ulcération s'est formée sur une pustule plate, qu'elle repose sur une base élevée, souvent même indurée, tous caractères qui font totalement défaut dans les ulcérations tuberculeuses. On ne prendra jamais en effet, pour une base indurée, le bourrelet qui entoure quelquefois les ulcérations tuberculeuses, lorsqu'elles siégent sur la langue, les lèvres ou sur la face interne des joues : au lieu d'une papule qui s'excorie, nous avons une vésicule, un bouton qui se rompt et s'ulcère.

Lorsque les ulcérations tuberculeuses siégent sur le voile du palais et les amygdales, leur développement est beaucoup plus rapide, et leur nombre ordinairement beaucoup plus considérable que celui des plaques muqueuses : celles-ci en effet n'apparaissent, ne se développent et n'arrivent à l'ulcération qu'avec beaucoup de lenteur. Dans le cas où on apercevra des ulcérations sur la face postérieure ou latérale du pharynx, ce qui n'est pas rare pour les ulcérations de la phthisie, on se souviendra que ce n'est pas le siége habituel des plaques muqueuses, qui apparaissent plus volontiers sur d'autres points de la cavité buccale. Les ulcérations tuberculeuses présentent en outre une aréole inflammatoire, qui est surtout marquée lorsqu'elles siégent sur les amygdales et le voile du palais ; il n'en est pas de même pour l'affection spécifique qui nous occupe, et dans laquelle la membrane muqueuse qui entoure les solutions de continuité est le plus souvent parfaitement saine.

Enfin, dans le cas où l'on aurait sous les yeux une affection spécifique, on trouvera presque toujours d'autres signes de la vérole, tels qu'engorgements ganglionnaires, éruptions diverses, alopécie, cicatrices et autres manifestations de la diathèse syphilitique, que

nous n'avons pas à énumérer ici. Lorsque, après un examen eireonstancié du malade et de ses antécédents, on serait eneore dans l'ineertitude, il reste une dernière pierre de touche qui lèvera tous les doutes : nous voulons parler du traitement, dont l'action sera effieace et prompte sur les plaques muqueuses, tandis qu'elle sera à peu près nulle sur les uleérations tubereuleuses ; ees dernières, en effet, résistent, comme nous l'avons dit, au traitement de la vérole, et ne subissent sous l'influenee des médieations topiques (eautérisations au nitrate d'argent, au nitrate acide de mereure, à la teinture d'iode, ete., ete.) que des modifieations insignifiantes, eireonstanee qui suffira pour leur faire refuser toute origine spéeifique.

Syphilides ulcéreuses secondaires. — A côté des plaques muqueuses, il faut ranger immédiatement une autre affeetion de même origine, mais de forme différente, qui peut aussi simuler des uleérations tubereuleuses : nous voulons parler des syphilides uleéreuses de la cavité bueeale. Cette variété de syphilide se reneontre souvent, dans la bouehe, sous la forme d'uleérations plus ou moins larges, oeeupant soit la faee muqueuse des lèvres ou des joues, soit les piliers du voile du palais et les amygdales. Ces solutions de continuité, qu'on confond souvent avee des plaques muqueuses, s'en distinguent eependant par plusieurs earactères : elles sont plus profondes, ne se bornent pas à déeouvrir le derme muqueux, elles l'entament, le pénètrent à une profondeur variable ; leur fond est saignant, grisâtre, leurs bords irréguliers. En outre, le travail ulcératif débute d'emblée sur le tissu affeeté, qui ne présente pas, comme pour les plaques muqueuses, une élevure préalable sur laquelle se produit plus tard l'ulcération.

Cette syphilide présente, comme on le voit, bien des caractères communs avec les ulcérations tuberculeuses, avec lesquelles il est facile de la confondre, d'autant plus que cette lésion est en général assez tardive, se montre par conséquent au moment où les autres manifestations de la vérole ont disparu, et qu'elle retentit beaucoup moins que les plaques muqueuses sur le système ganglionnaire. Ici, les caractères objectifs de l'affection ne suffiront pas toujours à la différencier, et il faut chercher ailleurs les éléments du diagnostic. Il est vrai que, dans les ulcérations tuberculeuses de l'isthme du gosier, les symptômes et les désordres fonctionnels, tels que sensation de chaleur, cuisson, gêne de la déglutition, etc., sont plus marqués que dans les affections spécifiques; mais cette particularité, non plus que l'engorgement ganglionnaire (qui est douloureux dans les ulcérations tuberculeuses, et indolent dans la vérole), ne peut fournir que des présomptions sur la nature de la lésion qu'on a sous les yeux.

En pareille circonstance, il faut chercher si le malade ne présente pas actuellement, et n'a jamais présenté d'autre manifestation de la vérole. Si on ne trouve chez lui aucun accident spécifique, et qu'au contraire on rencontre des signes non douteux de tuberculisation pulmonaire et de phthisie laryngée, il devient alors plus que probable que les ulcérations dont il est affecté sont dues à la phthisie. En outre, le traitement viendra élucider la question, en débarrassant rapidement le malade de ses ulcérations, si elles sont l'effet de la vérole, tandis que, si elles sont liées à la phthisie, on les verra persister avec une ténacité qui exclura toute idée de spécificité.

Tubercule ulcéré. — Cette autre forme d'ulcération syphilitique peut s'observer sur la muqueuse buccale,

sur la langue, ainsi que sur les amygdales et le voile du palais. Elle ne présente donc, au point de vue de son siége, aucune différence avec les ulcérations tuberculeuses : il n'en est pas de même pour les autres caractères. Ainsi, le tubercule ulcéré débute presque toujours par un gonflement moitié inflammatoire, moitié œdémateux des parties qui vont être affectées, gonflement qui gêne la déglutition, et qui fait défaut dans les ulcérations tuberculeuses. Il est vrai que, lorsque ces dernières se développent sur la langue, par exemple, elles sont précédées de la formation d'un bouton, qui crève et donne lieu à un ulcère : mais jamais on n'observe ce gonflement sous-muqueux qui caractérise le tubercule syphilitique, et en constitue toujours la première période.

L'ulcération, une fois formée, présente dans le tubercule syphilitique un fond grisâtre, à surface pseudo-membraneuse dont les bords, taillés à pic, sont souvent œdématiés, et entourés d'une auréole érysipélateuse qui est loin d'être aussi considérable dans les ulcérations tuberculeuses. Si le tubercule syphilitique occupe l'arrière-gorge, il ne se développe le plus souvent que sur un point limité, sur une des amygdales, par exemple, en laissant l'autre parfaitement intacte. Dans cette région, au contraire, les ulcérations tuberculeuses se multiplient, se développent en grand nombre, deviennent confluentes, et finissent par couvrir toutes les parties qui en sont le siége.

Enfin, dans le cas où les caractères objectifs ne permettraient pas de se prononcer d'une manière définitive, la concomitance d'une phthisie pulmonaire ou de manifestations de la vérole (le tubercule syphilitique est ordinairement accompagné d'éruptions semblables sur d'autres points du corps), et les résultats obtenus par

une médication antisyphilitique, trancheront définitivement la question.

Tumeurs gommeuses. — Il sera toujours facile de distinguer les tumeurs gommeuses ulcérées des solutions de continuité symptomatiques de la phthisie. Au lieu de débuter par une excoriation, elles se manifestent par de petites tumeurs qui ne se développent pas toutes en même temps, et mettent toujours plusieurs mois pour arriver à l'ulcération. Elles sont à peine sensibles au début, non adhérentes à la muqueuse, et souvent, à cet état, elles restent inaperçues des malades. Enfin, il s'y manifeste un peu de fluctuation, la tumeur s'enflamme, adhère à la muqueuse, et s'ouvre le plus souvent par une fissure, parfois par plusieurs pertuis, en donnant issue à un pus caractéristique, mal lié, semblable à une solution de gomme, et mélangé à des débris organiques. La tumeur gommeuse vidée se présente comme une espèce de caverne limitée par une coque, une sorte de kyste, qui subira lui-même une destruction et une élimination pour que la réparation s'opère complétement. Dans la cavité buccale, ces accidents s'observent surtout au voile du palais, à la face postérieure du pharynx, et ne sont annoncés le plus souvent que par des troubles fonctionnels si peu prononcés, que les malades restent dans une trompeuse sécurité. Alors, à la suite d'un effort de toux, par exemple, souvent sans aucune cause appréciable, la muqueuse se crève, le voile du palais se fend, la tumeur se vide, et on voit apparaître une ulcération à bords décollés, dentelés, et entourée d'un léger gonflement œdémateux.

Nous ne trouvons, ni dans le début, ni dans la marche, ni dans les troubles fonctionnels qu'entraînent les ulcérations de la phthisie, rien qui présente

la moindre analogie avec ce que nous venons de décrire. Ces deux affections présentent une physionomie si distincte, qu'il sera facile d'éviter toute méprise. En outre, les autres signes de la diathèse dont l'ulcération buccale pourra être la manifestation, devront être recherchés avec soin. Or, un des caractères les plus saillants des tumeurs gommeuses, c'est leur multiplicité, et ce caractère, joint aux autres accidents de la vérole, les fera toujours facilement reconnaître. Le traitement, d'ailleurs, sera ici, comme pour toutes les affections spécifiques, un dernier critérium auquel on peut toujours recourir sans le moindre inconvénient.

Chancre. — L'accident primitif de la vérole, lorsqu'il apparaît dans la cavité buccale, pourrait aussi être pris pour une ulcération tuberculeuse. Cependant, une observation attentive suffira pour s'apercevoir que l'erreur en pareille matière, est facile à éviter. Nous dirons d'abord que le chancre sera difficilement confondu avec les ulcérations tuberculeuses de l'isthme du gosier et du pharynx : ces régions ne sont pas en effet le siége habituel de l'accident primitif; les ulcérations tuberculeuses s'y développent au contraire volontiers; elles y apparaissent, en outre, le plus souvent en grand nombre, tandis que le chancre est presque toujours solitaire, et constitué par une seule ulcération. La confusion ne serait donc permise qu'avec les solutions de continuité tuberculeuses de la langue et de la face muqueuse des lèvres ou des joues : ces ulcérations sont en effet le plus souvent solitaires, et le siége qu'elles occupent est aussi celui qu'affecte particulièrement le chancre. Les considérations suivantes serviront à éviter toute méprise.

Le chancre de la bouche débute par une pustule qui se

rompt de bonne heure pour laisser à sa place à une ulcération, qui s'élargit bientôt, et atteint, dans l'espace d'un ou de deux septénaires, une étendue moyenne qu'elle ne dépasse guère ; il se limite donc rapidement, comme la plupart des chancres infectants. Examiné à sa période d'état, le chancre buccal est bien loin de présenter les caractères qu'on attribue généralement au chancre huntérien. Il est rare en effet que l'accident primitif de ces régions se présente avec cette forme nettement arrondie, avec ces bords taillés à pic, avec ce contour bien dessiné, avec ce fond inégal, grisâtre et pseudo-membraneux qu'il est censé devoir fatalement revêtir. L'ulcération est, en général, ovalaire, quelquefois très-superficielle, et l'on dirait alors que la lésion consiste dans une exfoliation de l'épithélium. Plus souvent elle entame le derme muqueux, mais en restant toujours superficielle, car c'est un des caractères des chancres de cette région, de ne point attaquer profondément les tissus, si bien qu'ils ne laissent souvent, après eux, aucune macule cicatricielle. Il est très-rare que l'ulcération comprenne tout le derme, et détruise profondément les tissus. Ainsi donc, les bords de l'ulcération ne présentent pas les caractères habituels que l'on considère à tort comme un signe pathognomonique des ulcères chancreux : loin d'être nettement découpés, taillés à pic, renversés en dehors, les contours de la plaie sont affaissés, et se continuent insensiblement avec les parties voisines. Nous n'avons donc jusqu'à présent, sauf la localisation et le peu de profondeur du chancre, aucun caractère certain à l'aide duquel nous puissions le distinguer d'une ulcération tuberculeuse. Mais l'ulcération chancreuse est toujours supportée par une base épaisse, engorgée, et constituée par une suffusion

plastique plus ou moins abondante dans le tissu cellulaire sous-jacent. Cette induration peut exister à des degrés variables, elle constitue parfois une véritable tumeur, qui soulève l'ulcération ; d'autres fois elle est très-légère, ne présentant ni soulèvement, ni formation, appréciable seulement au toucher, dans ce qu'on a appelé le *chancre parcheminé.* Or, cette induration manque totalement dans les ulcérations liées à la phthisie, ou, tout au moins, ne se présente pas à un si haut degré que dans la plupart des chancres de la bouche.

Enfin, après avoir parcouru pendant un temps plus ou moins long ses deux premières périodes (période d'augment, période d'état), le chancre buccal arrive à sa troisième et dernière phase ou période de réparation, et un travail de cicatrisation lent et progressif en marque la terminaison. Il est rare, en effet, que quelque accident vienne mettre obstacle à ce travail de réparation, et ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que l'on voit se manifester la gangrène ou la tendance au phagédénisme. Ces complications, si rares pour le chancre infectant en général, le sont encore plus pour le chancre de la bouche, et doivent être attribuées le plus souvent, soit à des pansements mal faits ou irritants, soit à des cautérisations intempestives. Or, nous avons vu que l'ulcération tuberculeuse ne tendait à rien moins qu'à se cicatriser, et qu'un de ses principaux caractères était de rester stationnaire (quand elle ne s'étendait pas), et cela malgré le traitement le plus énergique et le plus suivi.

En outre, l'accident primitif de la vérole est toujours accompagné d'un engorgement ganglionnaire indolent, et dont l'intensité contraste avec la petite étendue de la lésion buccale. Dans les ulcérations tuberculeuses, l'a-

dénopathie, quand elle existe, est beaueoup moindre, presque toujours plus ou moins douloureuse, et proportionnée au nombre, à l'éteudue et à la profondeur des uleérations, semblable en eela à tous les retentissements des plaies sur les ganglions qui les avoisinent. Ajoutons que le chanere bueeal sera souvent aecompagné et bientôt suivi d'une roséole, ainsi que des autres manifestations de la vérole, toutes ehoses qui font entièrement défaut dans les uleérations tuberculeuses, lesquelles ne présentent comme phénomènes généraux eoncomitants que les signes d'une phthisie pulmonaire plus ou moins avancée.

Cancer ulcéré (1). — Le cancer peut se développer dans la cavité bueeale sous deux formes prineipales : le caneer profond et le eancer superfieiel. Le eaneer profond se présente avec des earactères trop nettement tranehés pour qu'il me soit néeessaire d'insister sur les signes qui permettront de le distinguer des ulcérations tubereuleuses. Il nous suffira de rappeler qu'il apparaît sous la forme de masses dures, inégales, bosselées, développées dans la profondeur des tissus. D'un volume quelquefois eonsidérable, ees masses augmentent progressivement, mettent la plupart du temps six mois à s'ulcérer en s'aeeompagnant de douleurs laneinantes ; une fois uleérée, la tumeur se recouvre de fongosités mollasses, qui saignent avee une extrême faeilité, et

(1) Le mot *cancer* n'a aujourd'hui en anatomie pathologique qu'uue valeur historique et ne désigne aueunement une espèce à part de produits morbides ; c'est une expression que les progrès de l'histologie et la connaissance de la nature des tumeurs tendent à faire disparaître. Nous ue l'employons ici que pour désigner certaines affeetions, sur la nature intime desquelles on peut n'être pas d'accord, mais qui n'en présentent pas moins, dans la clinique, des caractères, une physionomie et des allures qui leur sont propres.

versent dans la bouche une abondante suppuration. D'après ce rapide aperçu, il est aisé de voir qu'il n'y a rien dans cette variété de cancer qui soit de nature à rendre une erreur possible, et nous n'insisterons pas plus longtemps sur un point qui ne saurait soulever le moindre doute.

Le cancer superficiel offre lui-même deux variétés : le cancer non ulcéré dont nous n'avons pas à nous occuper ici, et le cancer ulcéré ou ulcère cancéreux qui seul peut être confondu avec les ulcérations tuberculeuses. Cette variété de cancer peut apparaître sur la langue, les lèvres, les gencives et la face muqueuse des joues. Il est très-rare sur les amygdales (1), le voile du palais et dans le pharynx, présentant en cela avec les ulcérations tuberculeuses qui sont fréquentes dans les parties profondes de la gorge, une différence de siége qu'il est important de noter. Il a ordinairement la forme d'une plaque dure, large comme une pièce de 50 centimes au plus, qui présente à sa surface une solution de continuité creuse, à fond grisâtre, ou bien simplement des fissures plus ou moins nombreuses et profondes. Tantôt le mal a débuté par une induration du derme qui s'est ulcéré plus tard; tantôt, comme cela a lieu si souvent pour le cancer cutané, il a commencé par une ulcération dont le fond s'est ensuite induré. Ainsi, ulcération reposant sur une plaque indurée, à bords calleux, renversés en dehors, avec un suintement

(1) Le cancer des amygdales est rare, assez rare pour que quelques auteurs (Boyer par exemple) n'en fassent pas mention et que d'autres en révoquent l'existence en doute (Chelius). Cependant il a été observé par Lobstein, Mason, Warren, Velpeau, Vidal, de Cassis, qui lui a consacré un chapitre; par Roux, Fano, Lebert et d'autres. Il peut être primitif ou secondaire, tantôt il est limité à la glande, tantôt il s'irradie sur les parties voisines.

ichoreux plus ou moins abondant et saignant avec facilité, tels sont les principaux traits de l'ulcère cancéreux.

La physionomie des ulcérations tuberculeuses n'est pas la même : les bords sont loin de présenter une induration pareille à celle des ulcères cancéreux ; ils ne sont jamais calleux et renversés en dehors ; la surface de l'ulcération n'est pas saignante; elle ne présente pas de végétations mollasses et ne donne jamais lieu à ce suintement ichoreux abondant et fétide qui est une des caractéristiques du cancer. En outre, en pareille circonstance, il suffira d'être averti pour éviter toute erreur, car les phénomènes généraux concomitants ne laisseront pas de doute sur la nature tuberculeuse ou cancéreuse des ulcérations qu'on aura sous les yeux.

Aphthes. — Sous le nom d'aphthes, les auteurs ont désigné une foule d'affections de nature fort différente : c'est ainsi qu'on trouve décrits sous cette dénomination des érythèmes simples, des affections pseudo-membraneuses, des exsudations d'une substance molle et caséeuse, le muguet, de véritables ulcérations, et même des eschares gangréneuses. On réserve aujourd'hui le nom d'aphthes, de stomatite aphtheuse, ulcéreuse, folliculeuse, à une affection caractérisée par la présence, dans la bouche, de petites vésicules transparentes, qui prennent au bout de quelques heures l'aspect pustuleux, se transforment en ulcérations douloureuses, dont la cicatrisation se fait attendre quelquefois un ou deux septénaires, mais qui ne laissent après elles d'autre trace qu'une petite tache rouge, disparaissant elle-même très-promptement.

Ainsi défini, l'aphthe consiste d'abord en une vésicule transparente ou d'un gris de perle qui, le jour même

ou le lendemain de son apparition, s'entoure d'un bourrelet blanchâtre ; cette vésicule se rompt, l'épithélium se détache, et il reste alors à nu une ulcération lenticulaire, dont l'aspect peut revêtir différentes formes. Tantôt cette ulcération est superficielle ; ses bords sont aplatis et son fond sécrète une matière pultacée, blanche, adhérente, qui finit par se détacher et tombe au milieu de la salive. Tantôt, au contraire, avec la même étendue et la même forme, ses bords sont saillants et durs ; tantôt enfin, l'ulcération grandit en surface, ses bords, coupés assez net, rouges et douloureux, sa base dure et engorgée; l'aphthe est dit alors *ulcéreux* et se rapproche davantage de l'ulcération tuberculeuse.

Mais l'aphthe est une solution de continuité toujours beaucoup plus superficielle, plus mobile et plus fugace que l'ulcération tuberculeuse; et jamais ses bords ne sont aussi saillants ni aussi sinueux. Il ne se présente pas sous l'aspect de ces solutions de continuité profondes, atteignant quelquefois les proportions de véritables cavités, détruisant les tissus sur lesquels elles reposent, à fond sanieux et grisâtre, à marche lente et progressive, à longue durée et à cicatrisation si difficile, tous caractères qui sont propres aux ulcérations de la phthisie (1).

Scrofulides. — Les affections de la scrofule peuvent,

(1) Nous avons déjà eu l'occasion de dire que Baumès, J. Frank et Dugès confondaient sous le nom d'*aphthes* des affections qui n'avaient pas le moindre rapport entre elles, et que, pour ces auteurs, cette dénomination signifiait, dans le cas particulier, ulcérations de la membrane muqueuse de la bouche. Bayle est le seul des auteurs, ayant mentionné les ulcérations buccales de la phthisie, qui eût des notions précises sur les aphthes; aussi avons-nous vu avec quel soin il distingue les aphthes qui surviennent chez les phthisiques des aphthes ordinaires, affections qui, il le dit formellement, *ne se ressemblent pas.* (Bayle, *loc. cit.*, p. 61.)

on le sait, apparaître sur les différents points de l'économie, envahir la peau, les muqueuses, le tissu cellulaire, les ganglions lymphatiques, les os et même les viscères. Aussi retrouve-t-on sur le système muqueux les différentes manifestations primitives ou secondaires de la scrofule communément observées sur le tégument externe, et de plus des affections nouvelles (le catarrhe par exemple) qui sont spéciales aux muqueuses en raison des éléments anatomiques nouveaux qui entrent dans la structure propre de ces membranes. Ainsi voit-on apparaître sur la muqueuse bucco-pharyngienne des scrofulides érythémateuses, catarrhales, inflammatoires, tuberculeuses, tuberculo-crustacées, éruptives, ulcéreuses, etc., etc., aiguës ou chroniques, bénignes ou malignes, primitives ou secondaires. Les seules qui doivent nous occuper ici sont les scrofulides ulcéreuses qui, par leurs caractères objectifs et leur symptomatologie, peuvent présenter quelque analogie avec les ulcérations tuberculeuses.

Ordinairement précédées ou accompagnées d'affections cutanées analogues dont elles ne sont souvent que l'extension, les ulcérations scrofuleuses peuvent quelquefois débuter primitivement par la muqueuse buccale; elles se montrent de préférence à la commissure des lèvres et sur le voile du palais. Ces deux régions sont celles où l'affection strumeuse se manifeste le plus fréquemment. On voit apparaître d'abord une légère rougeur qui bientôt devient plus foncée et livide, puis la muqueuse s'ulcère d'emblée; plus rarement il se forme une pustule, qui ne tarde pas à se rompre et laisse à sa place une ulcération arrondie. Cette ulcération une fois formée peut se comporter de deux façons différentes : tantôt elle augmente avec une certaine lenteur, avec des temps d'arrêt, puis reste stationnaire,

s'améliore et finit par se cicatriser d'elle-même ou sous l'influence d'un traitement approprié (*scrofulide bénigne*); tantôt l'ulcère, une fois formé, se développe en surface ou en profondeur avec une rapidité effrayante, et, détruisant tous les tissus qu'il atteint, il produit des désordres épouvantables, sans que le plus souvent les traitements les plus énergiques aient la moindre influence sur sa marche (*scrofulide maligne térébrante ou serpigineuse*).

Quoi qu'il en soit, l'ulcération scrofuleuse, dont nous n'avons pas à donner ici une description complète, se distinguera de l'ulcération de la phthisie par la coloration particulière qu'elle présente ordinairement, par ses bords irréguliers, mollasses, déchiquetés, ne présentant pas d'induration, par son indolence qui est un de ses caractères les plus remarquables, et par l'état de gonflement œdémateux, et moitié érythémateux, moitié inflammatoire des parties qui l'entourent. Mais en pareille matière, ce sera surtout d'après les antécédents du malade et d'après les manifestations actuelles de la scrofule qu'il pourra présenter, telles que scrofulides cutanées, sécrétions du cuir chevelu, écrouelles ganglionnaires, ophthalmies strumeuses, abcès froids, tumeurs blanches, etc., etc., que le diagnostic sera établi sûrement.

Stomatite ulcéro-membraneuse. — La stomatite ulcéro-membraneuse sera toujours facilement distinguée des ulcérations tuberculeuses avec lesquelles elle ne présente aucune ressemblance, ni dans sa physionomie générale, ni dans sa marche, ni dans les lésions qui la caractérisent. Il nous suffira, en effet, de rappeler que la stomatite ulcéro-membraneuse est une maladie fébrile et presque toujours aiguë, constituant une entité morbide spéciale, épidémique, contagieuse, peut-être

même inoculable (1), présentant une période prodromique et caractérisée par des ulcérations buccales qui n'ont aucun rapport avec celles qui sont sous la dépendance de la phthisie.

Ces ulcérations siègent le plus souvent aux gencives, surtout à la mâchoire inférieure, apparaissant d'abord au niveau du bord alvéolaire, et gagnant de là les autres parties de la bouche ; elles sont presque toujours superficielles, exceptionnellement précédées d'une pustule, et présentent bientôt une exsudation épaisse, blanchâtre, rappelant plutôt la fausse membrane de la diphthérie, et bien différente de ces mucosités filantes qu'on rencontre sur les ulcérations tuberculeuses de l'isthme du gosier. Quant aux ulcérations tuberculeuses de la langue, des joues et des lèvres, elles ne présentent rien qui puisse se comparer à l'exsudat de la stomatite ulcéro-membraneuse.

Dans cette dernière maladie, les solutions de continuité sont aussi moins profondes, beaucoup plus douloureuses, plus mobiles et plus fugaces que celles de la phthisie; elles sont en outre rapidement modifiées et guéries par un traitement approprié, dont les résultats heureux, dans l'immense majorité des cas, ne tarderont pas à se faire sentir. D'après tous ces caractères, il est facile de voir que la stomatite ulcéro-membraneuse ne présente rien de commun avec ces solutions de continuité à début lent, à longue durée et à guérison si difficile, qui viennent compliquer la tuberculisation pulmonaire.

Scorbut. — Nous ne ferons que mentionner ici les ulcérations scorbutiques, elles ne sauraient en effet

(1) Bergeron, *De la Stomatite ulcéreuse des soldats*, p.38 : Paris, 1859.

être prise pour des ulcérations tuberculeuses. Ces solutions de continuité se présentent avec des bords flasques et spongieux ; elles reposent sur des parties tuméfiées ; leurs contours sont irréguliers ; leur fond mou, brûn, d'un rouge violacé, livide et de consistance fongueuse ; leur siége de prédilection est sur les gencives qu'elles envahissent parfois dans une assez grande étendue et à la racine des dents qui sont bientôt ébranlées et déchaussées. Ces plaies, accompagnées d'une douleur vive, fournissent un pus sanguinolent qui donne à l'haleine une odeur extrêmement fétide, et saignent à la moindre pression. On observe en même temps tous les symptômes généraux du scorbut (teint pâle, œdème des membres inférieurs, taches scorbutiques, tendance aux hémorrhagies), qui ne laisseront subsister aucun doute sur l'affection qu'on a sous les yeux.

Ulcérations dentaires. — Le diagnostic de ces ulcérations pourra toujours être établi par la présence de la cause : siégeant en effet le plus souvent sur les bords de la langue et sur les joues, elles sont produites par l'irritation causée sur ces parties par des chicots irréguliers et anguleux. Il n'est pas nécessaire pour cela que les morceaux de dents soient très-longs et très-apparents ; ce n'est parfois qu'une petite pointe peu saillante, que l'œil a peine à découvrir, mais dont on reconnaît facilement l'existence avec la pulpe du doigt. L'affection commence fréquemment à la suite d'une blessure qui a lieu pendant la mastication ; parfois c'est un fragment anguleux qui, par son frottement répété sur la muqueuse saine, amène l'ulcération ; d'autres fois enfin, c'est la muqueuse boursouflée par une inflammation préliminaire, qui vient se placer entre les arcades dentaires conformées comme de coutume ; l'ulcération est

alors longitudinale, et une sorte de crête qui répond à l'intervalle des arcades dentaires signale la nature du mal et sa cause. Le malade éprouve dans le point irrité un peu de gêne qui l'engage à frotter contre les dents les parties molles voisines ; celles-ci se gonflent, et il se forme une petite excoriation qui, sans cesse irritée, s'accroît et se creuse ; ses bords se tuméfient, s'indurent, deviennent saillants. C'est à cet état que la plaie peut avoir une certaine ressemblance avec une ulcération tuberculeuse. Mais l'observation attentive du fait, la présence de la cause de l'ulcération qui peut toujours être aperçue, la guérison rapide et certaine obtenue après l'ablation de la dent, enfin l'absence des symptômes de phthisie pulmonaire, feront facilement reconnaître les ulcérations produites par l'irritation des dents cariées.

Des ulcérations analogues aux précédentes sont quelquefois produites par le tartre des dents. Accumulée sur le collet et s'amassant quelquefois sur la couronne, cette substance constitue une couche dure et rugueuse, qui, par son contact incessant avec la gencive, ne tarde pas à produire sur cette dernière une irritation, puis une ulcération réelle. Dans l'immense majorité des cas, c'est au niveau des incisives, des canines et de la première molaire, que ces ulcérations se produisent : or ce n'est pas en cet endroit que se développent le plus volontiers les ulcérations tuberculeuses. La gencive inférieure est en outre beaucoup plus souvent atteinte que la supérieure, ce qui tient au fait que l'absence de tout soin de propreté entretient en ce point de la bouche un état fluxionnaire habituel de la gencive, état qui a lui-même pour conséquence d'augmenter la sécrétion du tartre, lequel s'accumule en quantité d'autant plus considérable. La gencive se trouve donc maintenue dans un état de congestion et d'irritation qui amène

bientôt la production d'ulcérations. Ces solutions de continuité se reconnaîtront facilement aux caractères suivants : elles se trouvent exactement au niveau d'une portion de dent recouverte par le tartre; par leur étendue, leur forme et leur disposition, elles en reproduisent exactement le moule, l'impression, en quelque sorte; enfin il suffira de nettoyer la dent pour que la cicatrisation s'obtienne en quelques jours, sans autre traitement.

Ulcérations mercurielles. — Les ulcérations mercurielles seront difficilement confondues avec les ulcères tuberculeux : elles sont en effet précédées et accompagnées d'accidents qui font entièrement défaut dans les solutions de continuité de la phthisie, tels que saveur métallique, tuméfaction des gencives qui deviennent douloureuses, saignent et se ramollissent; salivation abondante, fétidité de l'haleine, tuméfaction et inflammation de la bouche ainsi que de la langue, déchaussement, ébranlement et chute des dents, gonflement des ganglions, etc., etc. Tous ces phénomènes, unis aux commémoratifs (intoxication médicamenteuse ou professionnelle), feront suffisamment reconnaître cette affection.

Lorsque la stomatite mercurielle ne se présente pas avec tout le cortége des accidents qui la caractérisent, on pourra encore reconnaître les ulcérations qui dépendent d'une intoxication hydrargyrique, à leur siége habituel, qui est la face muqueuse des joues, et qui correspond communément à la saillie des dents; au peu de profondeur qu'elles présentent, à leurs bords à peine saillants, à leur irrégularité, et aux concrétions membraneuses dont elles sont recouvertes. Il est en outre certains cas dans lesquels la stomatite mercurielle, loin

de se généraliser, se localise au contraire sur un point limité de la bouche, qu'elle affecte uniquement. Si, par exemple, un point de la muqueuse se trouve en contact avec le fragment anguleux d'une dent, avec une couche de tartre rugueuse et proéminente, c'est en ce point que l'ulcération se montrera, pour y rester limitée : à l'inflammation succédera, sous la double influence de l'irritation vulgaire et de l'irritation spécifique, une ulcération d'une certaine étendue, creuse, à bords irréguliers, et pouvant simuler l'ulcération tuberculeuse. Mais, en pareil cas, la connaissance de la cause, les commémoratifs, ainsi que le traitement, dissiperont promptement tous les doutes.

Ulcérations antimoniales. — A côté des ulcérations mercurielles, nous placerons un accident analogue : nous voulons parler des ulcérations qui apparaissent dans la bouche des malades auxquels on administre des préparations antimoniales. L'analogie de ces deux sortes d'ulcérations n'est pas complète, en ce sens que l'action de l'émétique sur la membrane muqueuse buccale n'est pas la même que celle du mercure sur les mêmes parties. Il y a en effet cette grande différence, que le mercure n'agit qu'indirectement sur la bouche, tandis que l'antimoine exerce une action purement locale, exactement semblable à celle des lotions stibiées sur la peau. Le passage répété d'une solution de tartre émétique sur la langue et sur les amygdales y détermine une inflammation aphtheuse qui cause de vives douleurs, et qui ne guérit qu'après plusieurs jours.

Les ulcérations stibiées se reconnaîtront donc facilement à la douleur très-vive qui les précède, au sentiment de cuisson et à la saveur métallique qui les accompagne; elles sont en outre ordinairement superfi-

cielles, et disparaissent en quelques jours par l'emploi d'un gargarisme émollient et la suppression du médicament qui en a provoqué l'apparition.

Ulcérations arsenicales. — De même que le tartre stibié, l'arsenic produit par son contact avec la gorge une irritation qui se traduit par une inflammation plus ou moins intense, et par des ulcérations. Le fait de l'angine arsenicale, mis en doute encore aujourd'hui par certains médecins, a cependant été déjà mentionné par quelques anciens auteurs. Il y a longtemps que Fr, Hoffmann disait : « Imprimis arsenicalium etiam et « mercurialium minerarum sumi, idem hoc malum « (anginam) improvide hausti causantur. »

Hahnemann (1) a cité dix observations confirmant le fait, empruntées à divers auteurs (Richard, Bucholtz, Rau, Feldmann, Preussius, Alberti, etc.). Harles (2), en décrivant l'intoxication arsenicale, mentionne les ulcérations buccales en ces termes : « Affectio anginosa, « magis minusve inflammatoria, interdum *cum aphthis* « et tumore *ac erosione* faucium. » Enfin, M. Imbert-Gourbeyre (3), dans sa monographie sur l'arsenic, rapporte une observation de stomatite arsenicale à la suite d'un empoisonnement par les papiers peints, observation empruntée à un recueil périodique anglais (4), et dans laquelle se trouvent mentionnées des ulcérations des gencives et des amygdales.

Quoi qu'il en soit, les ulcérations arsenicales se distinguent de celles de la phthisie, en ce qu'elles sont accompagnées des autres symptômes de l'intoxication

(1) *Matière médic. pure*, édit. allem.; 1811.
(2) *De Usu arsenici*, Norimbergæ, 1811.
(3) *Étude sur quelques symptômes de l'arsenic ;* Paris, 1863.
(4) Whitehead, *British. med. Journal*, septembre 1858.

arsenicale. Ces solutions de continuité ne se développent en effet qu'à la longue, c'est-à-dire à un moment où les autres accidents particuliers que détermine l'arsenic ont eu le temps de se manifester; elles disparaissent en outre rapidement dès que le malade est soustrait à l'action de la substance qui les a produites.

Plaques des fumeurs. — L'accident que nous mentionnons ici pourrait à juste titre être considéré comme le résultat d'une brûlure chronique : ce sont des ulcérations produites par l'usage immodéré du tabac à fumer, et que l'on désigne parfois dans la pratique sous le nom de *plaques des fumeurs*. Ce n'est pas d'emblée que s'établissent ces ulcérations, qui, à leur dernier degré de développement, acquièrent une assez grande ressemblance avec les ulcérations tuberculeuses : aussi allons-nous les suivre dans leur évolution.

C'est surtout chez les fumeurs de cigarettes et chez ceux qui font usage de ces pipes connues sous le nom de *brûle-gueule*, qu'on a l'occasion de les observer. On pourrait presque assigner trois périodes bien distinctes à leur évolution : dans la première, la muqueuse est le siége d'un simple érythème; elle est rouge, dépolie, sensible : c'est une brûlure au premier degré. Si alors la cause continue à agir sur cette surface déjà malade, on voit parfois sur la langue, souvent sur les lèvres, la muqueuse blanchie, cuite pour ainsi dire, ramollie par les liquides contenus dans la cavité buccale, se soulever par petits lambeaux; souvent elle reste adhérente aux tissus sous-jacents, se double d'une exsudation plastique, offre une surface insensible, d'aspect blanchâtre, d'une consistance assez ferme, et qui, pour l'aspect, rappelle assez bien la plaque muqueuse : c'est là ce qui constituerait la seconde période. Arrivée à cet état, cette

eouche, formée de dépôts plastiques et de cellules épithéliales, se fendille, se crevasse; eette espèce de membrane se détache par lambeaux, et l'on trouve, au-dessous de la surface qu'elle recouvrait, une ulcération à fond grisâtre, assez douloureuse, à bords irréguliers, parfois déchiquetés. Si, eomme cela s'observe chez quelques fumeurs intrépides, l'usage du tabac eontinue à irriter eette plaie, ses bords deviennent ealleux, son fond acquiert une eertaine dureté qui ferait peut-être eroire à l'existence d'une uleération tubereuleuse.

Hâtons-nous de dire que la ressemblanee qui pourrait faire eonfondre ees aeeidents avee les ulcérations de la phthisie, tient surtout à leur aspeet. Mais le siége même de l'uleération, qui est en rapport avec le point de la bouehe sur lequel est immédiatement reçue la fumée, les eommémoratifs, et la présenee de plaques à un degré moindre de développement, sont destinés à fournir de précieux renseignements. Nous eroyons done qu'en existe pareil eas il suffit d'être prévenu de l'analogie qui entre ees deux affections pour éviter l'erreur. Deux observations, que nous extrayons de la thèse de M. Buzenet, à laquelle nous avons emprunté les détails qui préeèdent, montrent la lésion que nous venons de décrire à ses différents degrés de développement.

Observation Ire.

« B...., 42 ans, cuisinier; bonne santé habituelle; blennorrhagie il y a vingt ans; depuis eette époque, aucun accident vénérien.

« B..... fume depuis l'âge de 20 ans, mais c'est surtout dans ces dernières années qu'il a fait abus du tabac. A plusieurs reprises, il a éprouvé de violentes inflammations de la bouche, avec salivation très-abon-

dante; néanmoins sa passion pour le tabac n'a fait que s'accroître, et, depuis un an environ, B..... ne cesse de fumer du matin au soir, ne quittant la pipe que pendant ses repas. Il n'est pas inutile d'ajouter que B..... ne fume jamais que la pipe à queue courte, vulgairement appelée *brûle-gueule*.

« *Etat actuel* (mai 1856). La muqueuse buccale, au niveau de la commissure gauche des lèvres et de la joue du côté correspondant, présente, dans l'étendue de 2 centimètres environ, un aspect tout à fait extraordinaire; elle est de *couleur blanche*, comme si elle venait de subir une cautérisation, rugueuse, sèche, dépolie, plissée. La surface qui est le siége de cette altération est un peu élevée au-dessus du niveau des parties voisines; mais cette saillie est peu considérable : au toucher, elle offre un certain degré de rénitence, et la base sur laquelle elle repose donne une sensation assez analogue à celle de l'induration chancreuse dite *parcheminée*. Au niveau de la commissure, cette surface est un peu plus élevée et comme gravelée sur certains points; enfin, le bord libre de la lèvre est garni de petites végétations framboisées du volume d'une tête d'épingle. Ces végétations rappellent complétement, pour l'aspect, les tumeurs de même nature siégeant le plus souvent sur les organes génitaux, avec cette différence, toutefois, que leur couleur est blanche et analogue à celle de la muqueuse voisine.

« B..... a l'habitude de porter la pipe *du côté gauche*, près de la commissure. A ce niveau, en effet, les dents présentent l'échancrure caractéristique que l'on trouve chez les fumeurs de pipe. C'est donc sur les points habituellement en contact avec le tuyau brûlant de l'instrument, que la lésion précédente s'est produite. La

muqueuse buccale, dans toute son étendue, est très-rouge et très-injectée. Aucun traitement n'a été fait jusqu'à ce jour. »

Observation II.

« Pierre D....., 30 ans; bonne santé habituelle; pas d'antécédent vénérien.

« D..... fume depuis dix à douze ans; il a surtout fait abus de la pipe dans ces dernières années. Cette passion pour le tabac est devenue si dominante, que, depuis plusieurs mois, une année peut-être, le malade a continué à fumer malgré une violente irritation de la langue, produisant des douleurs très-vives. Aujourd'hui, toute la muqueuse buccale est extrêmement rouge et congestionnée. La langue présente des lésions fort étranges, la face dorsale de l'organe est irrégulière, offrant de petits mamelons séparés par des sillons ulcérés. Çà et là quelques exulcérations superficielles et de peu d'étendue, assez analogues à des papules secondaires; mais, sur les bords et vers la pointe, existe une ulcération plus profonde, entamant le derme lingual, à fond rouge sur quelques points, et sur d'autres grisâtre et comme pseudo-membraneuse, à base empâtée et remarquablement dure. Cette dernière ulcération est séparée des plaques précédentes par une surface où la langue semble recouverte d'une couenne blanche, sorte de pseudo-membrane adhérente. L'on dirait qu'à ce niveau, l'épithélium très-épais est prêt à se séparer des couches sous-jacentes. Douleurs vives dans la mastication. L'intensité des douleurs a forcé, depuis quelques jours, le malade à renoncer absolument à l'usage de la pipe. Pas d'engorgement ganglionnaire.

« *Traitement.* — L'emploi de gargarismes émollients

tout d'abord, puis alunés, suffit pour amener en quelques jours une amélioration très-prononcée. Les ulcérations persistantes furent touchées légèrement au crayon de nitrate d'argent, et se cicatrisèrent rapidement, le malade ayant renoncé à l'usage de la pipe.

« Trois semaines après le début du traitement, les ulcérations étaient cicatrisées; mais la langue présentait toujours la même déformation, le même aspect mamelonnaire de la surface dorsale. »

Pour compléter ce diagnostic, nous signalerons certaines solutions de continuité de la membrane muqueuse buccale, qui, à une époque variable de leur existence, pourraient revêtir l'aspect des ulcérations tuberculeuses mais qui s'en distingueront immédiatement par une série de symptômes concomitants. Telles sont les ulcérations superficielles et passagères, qui se produisent à la gorge dans la maladie qu'on a récemment décrite sous le nom d'herpès guttural, d'angine herpétique; celles qui, dans certains cas, succèdent aux pustules varioliques ou aux suppurations des amygdales. Tels sont encore ces ulcères plus ou moins étendus, et sous lesquels on trouve les os dénudés (nécroses dues au phosphore, ostéite scrofuleuse, nécroses syphilitiques) : telles sont les ulcérations de la morve et du farcin, de la pustule maligne et du charbon ; celles qu'on a rapportées aux vers intestinaux, aux affections hystériques et hypochondriaques (1), les ulcérations qu'on a signalées dans les fièvres graves et dans la coqueluche ; celles qui succèdent à des inflammations ou à des tumeurs de la bouche (abcès, kystes, cancroïdes, tumeurs adénoïdes,

(1) J. Frank, *loc. cit.*, t. V, chap. 35, § 3.

etc., etc.). Dans tous ces cas, les commémoratifs, l'aspect des lésions et les symptômes concomitants permettront d'établir facilement le diagnostic.

PRONOSTIC.

D'après ce que nous avons dit précédemment, les ulcérations tuberculeuses de la bouche constituent une affection sérieuse et dont le pronostic doit être considéré comme grave.

En tant qu'affection locale, elles ne sont pas, il est vrai, de nature à compromettre l'existence des malades, et, quoique dans notre observation 1re elles aient été la cause d'un œdème de la glotte qui fut mortel, elles ne sont le plus souvent qu'une occasion de gêne et de tourments pour les malades qui en sont affectés. Toute la gravité de leur pronostic se tire de ce qu'elles sont un indice que la tuberculisation pulmonaire est déjà parvenue à ce degré où elle est malheureusement le plus souvent au-dessus des ressources de l'art. Aussi avons-nous vu Baumès, J. Frank, Bayle et Dugès les considérer comme un phénomène d'un mauvais augure, en ce sens qu'elles apparaissent dans une période avancée de la phthisie, et qu'elles dénotent toujours un état d'affaiblissement prononcé de l'économie.

Toutefois, nous sommes très-éloigné de prétendre qu'elles annoncent fatalement une terminaison funeste, et qu'elles ne soient pas quelquefois susceptibles de guérison. Cette heureuse issue sera d'autant plus probable, que les ulcérations buccales seront moins anciennes, moins étendues, moins profondes, et qu'elles existeront sur des sujets d'ailleurs mieux portants.

Aussi, le pronostic sera généralement plus favorable, s'il s'agit d'un individu jeune encore, et chez lequel la

tuberculisation du poumon n'est pas encore très-avancée. On aura en outre plus de chances de guérison, si les ulcérations sont en petit nombre, si elles sont superficielles et de peu d'étendue; si au contraire elles sont multiples, lorsqu'elles criblent l'isthme du gosier ou qu'elles ont végété pendant longtemps sur la langue, quand elles sont très-étendues ou d'une grande profondeur, le pronostic est grave, car alors la tuberculisation pulmonaire est parvenue à sa période ultime, et le malade déjà affaibli; enfin, dans le cas où il ne succomberait pas, les profondes ulcérations dont il était affecté, pourront laisser des cicatrices gênantes pour la mastication et la déglutition.

Enfin, le pronostic sera d'autant plus grave, la mort d'autant plus certaine et plus imminente, que le malade présentera des signes plus sérieux de phthisie pulmonaire, qu'il sera arrivé à un degré de cachexie plus avancé, et que les ulcérations se compliqueront de symptômes plus évidents et plus prononcés de marasme et d'affaiblissement.

ÉTIOLOGIE.

Après avoir décrit les caractères anatomiques, les symptômes, la durée, la marche et tous les autres phénomènes qui se rattachent à l'étude des ulcérations tuberculeuses de la bouche, il ne nous reste plus qu'à parler des causes auxquelles on doit les attribuer, et du traitement qu'il convient de leur appliquer.

D'après tout ce que nous avons dit de ces ulcérations, on sera frappé de l'analogie qu'elles présentent avec celles qu'on observe dans le larynx, la trachée-artère et le canal intestinal chez les phthisiques. Elles apparaissent toutes dans les mêmes circonstances, leurs carac-

tères objectifs sont les mêmes, leur marche, leur durée, les phases diverses par lesquelles elles passent ne présentent aucune différence qui puisse empêcher le rapprochement que nous en faisons en ce moment. On les voit toutes apparaître chez des individus atteints de phthisie pulmonaire, et si les symptômes thoraciques de la diathèse tuberculeuse ne révèlent pas toujours des lésions avancées, la maladie n'en existe pas moins, elle ne tardera pas à se caractériser nettement et à faire de grands progrès. Elles présentent toutes un début lent, une marche progressive et une ténacité qui est trop souvent au-dessus des ressources de l'art. Enfin, on les voit presque toujours réunies sur le même sujet. En effet, dans les observations que nous avons recueillies nous-même, les signes de phthisie laryngée et d'ulcérations intestinales n'avaient que trop fait prévoir, pendant la vie, les lésions que nous avons constatées à l'autopsie. Chez les malades dont nous reproduisons l'histoire, et dont l'autopsie n'a pas été faite, on a noté plusieurs fois des phénomènes d'altération de la voix et de diarrhée, qui autorisent à admettre que des ulcérations existaient dans le larynx et l'intestin, en même temps que dans la bouche. Nous estimons donc que les ulcérations tuberculeuses de la bouche, ainsi que celles du larynx et du canal intestinal, sont des affections de même nature, et qu'elles peuvent toutes être considérées comme des manifestations de la diathèse tuberculeuse qui, chez certains sujets, aurait une tendance particulière à se caractériser par un travail ulcératif dans les voies aériennes et le canal gastro-intestinal.

Quant aux causes accidentelles des ulcérations tuberculeuses de la bouche, elles nous paraissent aussi difficiles à déterminer que celles des ulcérations de même nature qu'on rencontre dans l'intestin et dans le larynx.

On sait en effet que, pour expliquer l'apparition d'ulcérations dans les voies aériennes, certains médecins (Louis, Piorry) les ont considérées comme consécutives au contact irritant des crachats des phthisiques sur la membrane muqueuse laryngée. Cette opinion ne nous paraît pas soutenable. Outre qu'il est difficile d'admettre que des crachats, quelque irritants qu'ils soient, puissent déterminer des lésions aussi graves sur un organe qu'ils ne font que traverser rapidement, alors qu'ils ne produisent quelquefois pas même la moindre rougeur sur la membrane muqueuse des bronches où ils séjournent, on ne peut plus invoquer cette cause, lorsque la laryngite débute, comme on en voit des exemples, avant le ramollissement des tubercules pulmonaires, et surtout lorsqu'il s'agit des ulcérations intestinales, que M. Louis lui-même déclare identiques à celles des voies aériennes, et auxquelles il suppose une autre cause (1). Les mêmes raisons nous paraissent applicables aux ulcérations tuberculeuses de la bouche, qu'on ne peut pas plus considérer comme un effet du contact irritant des crachats, que celles du larynx et de l'intestin.

On s'est aussi demandé si les ulcérations des phthisiques n'étaient pas produites par le ramollissement d'un tubercule, et par le travail d'élimination destiné à rejeter ce tubercule à l'extérieur. On serait certes tenté de répondre à cette question par l'affirmative. Comment, en effet, des tubercules ne pourraient-ils pas se déve-

(1) Voici comment M. Louis s'exprime à ce sujet : «Toutefois, en admettant que la matière de l'expectoration ait une influence marquée sur la grandeur et le siége des ulcérations de la trachée-artère, on doit reconnaître que celles-ci *ont encore une autre cause*... » (*Loc. cit.*, p. 49.) Une autre cause, soit; mais quelle est-elle? C'est malheureusment ce que M. Louis ne nous dit pas.

lopper dans le larynx, alors qu'ils ne respectent, pour ainsi dire, aucun organe, aucun tissu de l'économie ? « Si la diathèse tuberculeuse peut envahir les cryptes de l'iléon, disent MM. Trousseau et Belloc (1), pourquoi répugnerait-on à admettre qu'il peut en être de même pour le larynx ? » L'observation rigoureuse semble cependant établir cette remarquable immunité en faveur du larynx, et dans l'état actuel des choses, on est forcé d'admettre que les tubercules ne se développent point dans cet organe, ou du moins qu'ils ne s'y montrent que dans des cas extrêmement rares et exceptionnels. Or, tout ce que nous venons de dire s'applique aux ulcérations tuberculeuses de la bouche, dont le mode de formation et le développement que nous avons décrits plus haut ne présentent du reste aucune analogie avec ceux du tubercule.

Aussi, frappé de l'apparition si souvent simultanée de ces ulcérations dans les voies aériennes, l'intestin et la cavité bucco-pharyngienne, en présence de l'analogie parfaite de leurs caractères anatomiques, de leur développement et de leur marche, sommes-nous disposé à admettre qu'il y a là autre chose qu'une affaire purement locale, que ces solutions de continuité sont sous la dépendance d'une influence générale, et qu'elles peuvent être rattachées soit à un vice de nutrition, soit à un état de cachexie avancée, soit, comme nous l'avons déjà dit, à une tendance particulière que la diathèse tuberculeuse prendrait, dans certaines formes peut-être, et chez certains sujets, à se manifester par un travail ulcératif dans la trachée, le larynx, le tube digestif et la cavité buccale (2).

(1) *Traité pratique de la phthisie laryngée*, p. 23 ; Paris, 1837.

(2) Il eût été fort intéressant de rechercher si les ulcérations

TRAITEMENT.

Lorsque les ulcérations siégent au voile du palais, sur les amygdales et dans le pharynx, on emploiera pour les combattre les différents médicaments usités généralement contre les affections de cette nature. C'est ainsi que des gargarismes au borax, à l'alun ou au chlorate de potasse pourront être employés avec avantage. Dans le cas où la muqueuse excoriée serait très-douloureuse, aucun médicament n'est alors préférable aux gargarismes adoucissants ou narcotiques; d'ailleurs, il faudra toujours se régler, pour le choix de ces agents thérapeutiques ou la continuation de leur emploi, sur le degré de sensibilité des parties qui sont le siége des ulcérations. On pratiquera surtout utilement des attouchements avec des substances astringentes ou caustiques. Nous nous sommes particulièrement loué de l'emploi de la teinture d'iode, qui a procuré aux deux malades chez lesquels elle a été employée un notable soulagement, quand tous les autres moyens n'avaient amené aucune amélioration. L'usage du bromure de potassium pourra être aussi de quelque utilité, quoique ce médicament soit resté sans effet entre nos mains.

Lorsque les solutions de continuité siégent sur la langue, les lèvres ou les joues, comme dans ces différents points elles sont le plus souvent solitaires ou peu nombreuses, beaucoup moins douloureuses et moins pénibles pour le malade, en même temps que plus faci-

buccales ne se développaient pas spécialement dans telle forme de phthisie, et si elles n'étaient pas particulièrement liées à la phthisie scrofuleuse par exemple. Mais le nombre des faits que nous avons pu recueillir nous a paru trop restreint pour servir de base à des conclusions sérieuses touchant ce côté de la question.

lement accessibles, on se bornera à de légères cautérisations avec le crayon ou la solution de nitrate d'argent, ou mieux avec la teinture d'iode; ces attouchements modifieront la surface de l'ulcère, sans qu'il en puisse résulter aucun inconvénient.

Mais c'est surtout sur le traitement général qu'il faudra insister; c'est la cause première de l'affection buccale qu'il faut attaquer par tous les moyens possibles, si l'on veut avoir quelques chances de succès : c'est la phthisie elle-même qu'il faut chercher à guérir ou à enrayer. Or, c'est précisément la résistance que la diathèse tuberculeuse oppose à toutes les médications employées pour la combattre, qui explique la ténacité désolante des ulcérations buccales, dont on ne peut malheureusement pas, le plus souvent, débarrasser les malades.

Observations.

OBSERVATION Ire.

Ulcérations tuberculeuses de la gorge; phthisie laryngée; tubercules pulmonaires.

La nommée X....., âgée de 45 ans, femme de ménage, entée à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Joséphine, nº 2, le 3 janvier 1865.

Bonne santé antérieure, sujette seulement à s'enrhumer en hiver. Sa mère et une de ses sœurs sont mortes phthisiques; elle a deux enfants bien portants. Au mois de novembre dernier, à la suite d'un refroidissement, elle est prise d'un rhume violent. Quelques jours après, dans un accès de toux, elle crache du sang; cette hémoptysie est la première et la seule qu'elle ait eue. En même temps survient pour la première fois de l'enrouement; mal de gorge avec difficulté et douleur dans la déglutition; consulte un médecin de la ville qui lui prescrit des tisanes et de l'huile de foie de morue. Ne voyant aucune amélioration dans son état, elle entre à l'hôpital.

État actuel. Constitution affaiblie, amaigrissement; se plaint d'un rhume très-pénible, d'un enrouement et d'un mal de gorge dont elle ne peut se débarrasser; présente tous les signes stéthoscopiques d'une tuberculisation pulmonaire sur laquelle il nous paraît inutile d'insister plus longuement; voix notablement affaiblie; elle peut cependant se faire facilement entendre; elle présente sur le voile du palais, dans le voisinage du bord libre, des ulcérations assez profondes, à fond grisâtre, à bords saillants et déchiquetés; à la racine de la luette il y a une solution de continuité plus petite et beaucoup plus superficielle que les autres; ces ulcérations sont recouvertes d'un mucus visqueux qui remplit la gorge et voile l'aspect de l'isthme du gosier; le voile du palais et les amygdales sont d'un rouge vif; déglutition douloureuse, sensation de cuisson très-pénible à la gorge; crachotements continuels; ces ulcérations paraissant au premier abord de nature syphilitique, la malade est examinée avec le plus grand soin à ce point de vue; aucun antécédent spécifique ni chez elle, ni chez ses enfants, ni chez son mari; elle

ne présente elle-même aucun autre accident qu'on puisse rapporter à la vérole. En présence de ces faits M. Fournier considère ces ulcérations comme tuberculeuses et complétement analogues à celles qu'on rencontre si souvent dans le larynx des phthisiques. Néanmoins on prescrit un traitement antisyphilitique.

Le surlendemain la malade est prise de diarrhée; mêmes symptômes du côté de la gorge; même état des ulcérations; celle de la luette a un peu augmenté.

6 janvier. La diarrhée a encore augmenté malgré le traitement; les troubles fonctionnels de la gorge augmentent; déglutition gênée; douleur plus vive que jamais; salivation et sputation continuelles.

Le 9, même état de la malade. A l'inspection les ulcérations sont trouvées plus profondes ; on en voit de nouvelles sur les parois du pharynx : celles-ci sont superficielles; la bouche est toujours remplie de mucosités filantes; rougeur vive de l'isthme du gosier; la base de la langue est aussi rouge foncé; les papilles sont saillantes : la sensibilité de toutes ces parties est telle que la malade refuse tous les aliments solides par crainte de la douleur qu'occasionnerait leur déglutition; l'amaigrissement augmente; la malade perd ses forces; la voix est de plus en plus enrouée; la diarrhée colliquative.

Le 12. La malade demande en grâce qu'on fasse quelque chose pour sa gorge; les gargarismes au borax et à l'alun ne lui font aucun bien; même état des ulcérations. — Gargarisme au bromure de potassium.

Le 16. L'état de la gorge est toujours le même; les troubles fonctionnels et la douleur plus grande que jamais; attouchement avec le crayon de nitrate d'argent. Le soir même la malade présentait les signes d'un œdème de la glotte, auquel elle succombait le lendemain matin.

Autopsie. Tuberculisation pulmonaire avancée; cavernes dans les deux sommets; infiltration et ramollissement tuberculeux des deux poumons, surtout le gauche. Dans *le larynx et la trachée,* quelques petites excoriations superficielles, autour desquelles la muqueuse présente un coloration plus foncée que d'habitude; œdème sus-glottique considérable; l'infiltration séreuse ne s'étend pas au-dessous de la glotte. Dans le *pharynx et la gorge,* il y avait une couche épaisse de mucus visqueux; après l'avoir fait disparaître par le lavage on aperçoit des ulcérations sur la face antérieure du voile

du palais, sur les parois latérales du pharynx, à la racine de la luette. Nous renvoyons à la planche I où ces lésions sont figurées. Dans les ulcérations du voile du palais la membrane muqueuse tout entière est détruite et le fond des solutions de continuité est formé par les tissus sous-jacents indurés; cependant l'ulcération de la luette n'a pas dépassé l'épaisseur de la muqueuse; il en est de même pour les ulcérations du pharynx. Ces dernières présentent une profondeur beaucoup moindre; leur surface est mamelonnée, rouge vif; les bords des ulcérations sont saillants, formant une sorte de bourrelet pour les ulcérations du voile du palais, pour celles du pharynx ils sont taillés à pic et comme à l'emporte-pièce. On ne trouve nulle part d'induration Dans l'*intestin grêle*, nous trouvons un certain nombre d'ulcérations de forme et de grandeur différentes et qui présentent tous les caractères que M. Louis assigne aux ulcérations intestinales des phthisiques. Nous n'avons pas trouvé de granulations tuberculeuses (tubercules sous-muqueux). La muqueuse intestinale est rouge surtout dans la dernière portion de l'intestin grêle. Le péritoine ne présente aucune altération, non plus que les autres organes.

OBSERVATION II.

Ulcération tuberculeuses de la gorge et du larynx; ulcérations intestinales; tubercules pulmonaires.

La nommée M....., âgée de 30 ans, blanchisseuse, entrée à l'hôpital Lariboisière, le 18 janvier 1865, salle Sainte-Joséphine, n° 15.

Cette malade, d'une constitution lymphatique, a eu de la gourme dans les cheveux jusqu'à l'âge de 11 ans; pas de glandes dans le cou ni d'ophthalmie; réglée à l'âge de 8 ans, régulièrement, a eu une grossesse normale d'un enfant encore bien portant aujourd'hui; bonne santé antérieure. Il y a deux ans, à la suite d'une émotion morale vive, elle est prise tout à coup d'une diarrhée qui dura quatre mois, malgré le traitement qu'elle suivit pour l'arrêter. Au mois d'octobre la diarrhée disparaît et la malade commence à tousser pour la première fois; à plusieurs reprises elle crache du sang: elle n'avait jamais eu d'hémopthysies auparavant. Pendant tout l'hiver elle fut très-malade; la toux et les crachements de sang durèrent jusqu'au printemps, au mois d'avril; à cette époque elle avait beaucoup maigri; sa santé s'étant rétablie elle reprit ses oc-

cupations pendant tout l'été; de temps en temps elle toussait un peu, mais elle n'éprouvait aucun autre malaise. L'hiver suivant la toux reparaît avec quelques crachements de sang et un peu d'enrouement. Tout paraît guéri au printemps; devient enceinte en mai : vomissements pénibles, qu'elle n'avait pas eus lors de sa première grossesse. En automne commence à tousser; quelques crachements de sang; l'enrouement reparaît avec sentiment de gêne à la gorge; en même temps elle commence à avoir mal au genou droit qui devient douloureux et gros. En novembre, l'enrouement augmente ainsi que la toux. Au commencement de janvier, reprise de diarrhée; entre à l'hôpital le 18 janvier 1865.

État actuel. Cette malade, pâle et décolorée, présente encore un certain embonpoint; elle tousse beaucoup; enrouement prononcé; douleur vive au devant du larynx; expectoration caractérisque; cavernes aux deux sommets; infiltration tuberculeuse dans tout le poumon gauche et dans presque tout le poumon droit; sueurs nocturnes abondantes; enceinte de huit mois; tumeur blanche du genou droit.

Le 25. Même état; se plaint de son enrouement et de la douleur qu'elle éprouve au devant du larynx.

Le 26. Se plaint d'une vive douleur à la gorge au moment de la déglutition. A l'inspection, on trouve l'isthme du gosier et les amygdales très-rouges, et ces dernières tuméfiées. Le soir nous constatons sur le voile du palais une quantité de petits points jaunes, saillants, gros comme une tête d'épingle et tranchant nettement par leur coloration sur la muqueuse qui est d'un rouge foncé; la douleur de gorge augmente; déglutition toujours plus pénible.

Le 27. Les petits points jaunes existent encore, ils ont même augmenté et il s'en est développé plusieurs sur les amygdales; en les frottant avec une spatule on enlève une mince pellicule au-dessous de laquelle se trouve une gouttelette de pus et une exulcération. — Cautérisation au crayon de nitrate d'argent.

Le 29. Toutes les taches jaunes sont transformées en exulcérations lenticulaires et de même diamètre que les taches auxquelles elles ont succédé; ardeur très-vive à la gorge; douleur intense dans la déglutition; l'altération de la voix augmente notablement ainsi que la diarrhée. — Les cautérisations au nitrate d'argent sont répétées deux fois par jour.

Interrogée et examinée avec soin au point de vue de la syphilis,

cette malade nous paraît exempte de tout antécédent et de toute manifestation actuelle qui puisse se rapporter à la vérole. M. Fournier considère les ulcérations qui commencent à se développer, comme de nature tuberculeuse au même titre que celles qu'elle a depuis longtemps dans le larynx; néanmoins on prescrit un traitement antisyphilitique.—Les cautérisations au nitrate d'argent sont répétées tous les jours. Gargarisme au chlorate de potasse.

1er février. Les ulcérations continuent à se développer; les anciennes s'étendent et se creusent; de nouvelles apparaissent; en même temps survient de la salivation; la bouche et la gorge surtout se remplissent d'une salive épaisse et filante. Pas de douleurs dans les gencives ni dans les dents; pas de saveur métallique ni de fétidité de l'haleine qui puissent faire attribuer cette salivation à une stomatite mercurielle.

Le 8. Les ulcérations ont beaucoup grandi; les amygdales en sont couvertes, il y en a sur le pharynx; la base de la langue devient rouge; les troubles fonctionnels sont toujours très-marqués. Angoisse inexprimable; déglutition des plus pénibles. —On supprime le proto-iodure et on donne du chlorate de potasse.

Le 10. Rien n'est changé dans l'aspect des ulcérations.—Des attouchements à la teinture d'iode soulagent beaucoup la malade sans cependant modifier les parties affectées.

Le 15. La malade accouche d'un enfant vivant et très-bien portant. A partir de ce moment la phthisie pulmonaire s'aggrave de jour en jour; les ulcérations augmentent en surface et en profondeur; elles sont couvertes d'un mucus filant qui s'étend sur les amygdales. La base de la langue est d'un rouge lie de vin; les papilles y sont énormes et entre elles on remarque des ulcérations. La paroi postérieure du pharynx est elle-même criblée d'ulcérations confluentes; les douleurs de gorge sont excessives, elles s'irradient jusque dans les oreilles; les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux, la voix éteinte et la diarrhée continuelle.

Enfin la malade succombe, le 4 mars au matin, épuisée par la toux, la diarrhée et les douleurs occasionnées par les ulcérations qu'elle a dans la bouche et dans le larynx, ulcérations qu'un traitement topique, énergique et assidu n'a pu ni enrayer ni modifier.

Autopsie. Tubercules ramollis, cavernes dans les deux poumons. *Dans le larynx* ulcérations nombreuses et profondes. *Dans la trachée* on en trouve trois de la grosseur d'une lentille; muqueuse

laryngo-trachéale rouge vif. *Dans le pharynx et la cavité buccale*, on trouve les ulcérations que nous avons fait représenter dans notre planche II. La muqueuse autour des ulcérations était presque livide; par la pression on faisait sourdre du sang de la surface des ulcérations; leur fond était blafard, les bords saillants, livides et indurés par places. Les ulcérations de la bouche et du pharynx se continuaient avec celles du larynx sans ligne de démarcation; l'épiglotte et les replis aryténo-épigottiques étaient couverts de solutions de continuité; les ulcérations laryngées étaient identiques à celles du pharynx et de la bouche. *Dans l'intestin*, ulcérations assez nombreuses; muqueuse intestinale rouge; nous avons trouvé deux granulations tuberculeuses dans le cæcum; les autres ulcérations n'étaient pas produites par des tubercules sous-muqueux. *Dans l'estomac*, se trouvait une ulcération; la muqueuse stomacale était un peu rouge. Rien dans le péritoine qui est sain, ainsi que les autres organes.

OBSERVATION III.

Ulcérations tuberculeuses de la gorge; ulcérations intestinales et laryngées; tubercules pulmonaires.

(Observation recueillie dans le service de M. Oulmont, par M. Léonardi, externe du service.)

La nommée D...., âgée de 30 ans, dévideuse de soie, entrée, le 7 avril 1865, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Marie, n° 8.

Santé antérieure chancelante, a eu de la gourme dans les cheveux jusqu'à l'âge de 10 ans, réglée à 21 ans, peu abondamment, mais régulièrement; elle a deux enfants bien portants.

C'est à environ 3 ans qu'elle fait remonter le début de la bronchite dont elle est atteinte encore aujourd'hui. En même temps que ce rhume, auraient apparu des maux de gorge caractérisés par un petit mouvement fébrile, un sentiment de cuisson, de picotements, avec difficulté de la déglutition; un peu de gonflement des ganglions sous-maxillaires; les mucosités rejetées n'étaient jamais sanguinolentes. Depuis trois ans le rhume n'a pas disparu; toux continuelle avec alternatives d'amélioration pendant la belle saison, et de rechutes pendant l'hiver; elle maigrit beaucoup pendant ce temps; diminution de l'appétit, sueurs nocturnes abondantes. Il y a dix

mois devient enceinte; grossesse pénible, vomissements continuels qui ne cessèrent qu'après l'accouchement.

Il y a sept semaines, le mal de gorge actuel débuta par une sécheresse de l'arrière-gorge, avec sentiment de chaleur; puis surviennent des picotements que la malade compare à des pointes d'aiguilles enfoncées dans les chairs; céphalalgie violente; grande difficulté de la déglutition (le passage des liquides même devient bientôt douloureux). Quelques jours après le début du mal de gorge, les aliments solides ne pouvaient plus passer, par suite des douleurs qu'ils déterminaient; ganglions sous-maxillaires engorgés et douloureux. Huit jours après ces maux de gorge, elle commença à cracher un peu de sang; peu à peu les crachats devinrent de plus en plus sanguinolents, et, dans les derniers jours qui précédèrent, elle en rendait des quantités assez abondantes; la bouche était pâteuse et mauvaise. La douleur s'étendit peu à peu dans le larynx; il lui semblait aussi que des aiguilles la piquaient dans cette région; les douleurs s'irradiaient également vers les oreilles et les régions temporales. Pendant tout ce temps la voix restait intacte; pas d'enrouement, pas d'altération du timbre. *Aucun antécédent se rapportant à la syphilis.* Accouchée il y a environ quinze jours d'un enfant vivant et parfaitement bien portant.

État actuel. Constitution faible, facies décoloré, traits ridés, amaigrissement, en un mot état cachectique qui, au premier abord, fait soupçonner des tubercules pulmonaires. La peau est chaude, flasque, ayant perdu une partie de son élasticité. La malade accuse des douleurs très-vives dans la gorge, douleurs qui sont exaspérées dans la déglutition des aliments solides, et qui se répercutent jusque dans la poitrine; le larynx est aussi le siége de douleurs semblables. On constate chez elle tous les signes d'une tuberculisation pulmonaire avancée (cavernes aux deux sommets, tubercules infiltrés et ramollis dans les deux poumons). La malade n'a pas de diarrhée.

A l'inspection de la bouche, nous trouvons sur le voile du palais, et siégeant sur le bord libre de la face antérieure de la moitié droite, une ulcération d'environ 1 centimètre de long sur 5 millimètres de large, à bords irréguliers, frangés, déchiquetés, d'un rouge vif; le centre paraît formé de petits mamelons, le tout recouvert d'une pseudo-membrane d'un gris sale, pultacée, légèrement ardoisée par places. Sur le bord libre de la luette, du côté droit, on remar-

que une petite ulcération linéaire, présentant les mêmes caractères que la précédente, sauf l'étendue qui est moindre. Le fond du pharynx est également tapissé d'ulcérations semblables. Toutes ces surfaces sont tapissées par des mucosités épaisses, visqueuses et d'un gris sale. Haleine fétide, souffrances vives; rejette à chaque instant des mucosités quelquefois striées de sang. La difficulté de la déglutition est extrême; les liquides sont seuls tolérés, non sans une assez vive douleur. La malade éprouve continuellement une sensation de brûlure et de picotements. Les ganglions sous-maxillaires sont plus gros qu'à l'état normal, et douloureux. Pas de diarrhée. — Julep avec chlorate de potasse, 1 gramme.

Le 16 avril. Les ulcérations sont dans le même état; sous l'influence du chlorate de potasse, elles paraissent avoir peu progressé. On cesse le chlorate de potasse et on donne de l'iodure de potassium. La malade ne présente cependant aucun antécédent ni aucune manifestation de la vérole.

Le 20. Un nouveau petit ulcère apparaît à gauche, sur le bord libre du voile du palais; la malade souffre toujours beaucoup. — On ajoute un gargarisme au chlorate de potasse.

Le 26. Même état général; l'arrière-gorge présente l'état suivant : la face antérieure du voile du palais est recouverte d'un dépôt visqueux, et formé par des mucosités filantes et grisâtres; sur la moitié antérieure droite du voile du palais, sur la luette, et sur la moitié gauche du voile du palais, il y a des ulcérations qui semblent criblées de petits orifices d'aspect rougeâtre, où la muqueuse est comme rongée. A droite, on remarque près des piliers un point de quelques millimètres de diamètre, ulcéré, à bords circulaires, profondément taillés comme à l'emporte-pièce, en forme de cône creux, pouvant avoir 3 ou 4 millimètres de profondeur; à gauche, également près des piliers, on voit un point ulcéré, semblable à celui que nous venons de décrire, mais beaucoup moins étendu et moins profond; la muqueuse n'y paraît détruite qu'en partie. La malade souffre toujours beaucoup de sa gorge, qui la tourmente jour et nuit. On touche pour la première fois l'ulcération du côté droit avec la teinture d'iode. Le lendemain, la malade se trouve beaucoup soulagée par la cautérisation, et en demande une nouvelle.

Le 14 mai. Les cautérisations ont continué tous les jours : les ulcérations du voile du palais ne paraissent pas avoir augmenté d'é-

tendue ni de profondeur, mais il s'en est formé de nouvelles autour des anciennes. Les ulcérations du pharynx persistent toujours. La base de la langue est d'un rouge vif; les papilles sont saillantes et tuméfiées.

Depuis quelque temps le timbre de la voix s'altère, son intensité diminue (voix sourde et éraillée). Quant aux symptômes thoraciques, leur gravité augmente tous les jours, et ils indiquent des lésions de plus en plus avancées.

Le 20. Les douleurs de la gorge augmentent; les ulcérations ne présentent aucune amélioration. Enfin, la malade succombe le 22 mai.

Autopsie. Tuberculisation pulmonaire avancée (cavernes, infiltration tuberculeuse des deux poumons). *Dans le larynx*, quelques ulcérations superficielles et peu nombreuses; muqueuse un peu rouge. *Dans le pharynx et l'arrière-gorge*, mucus visqueux et filant, recouvrant toutes ces parties et en voilant l'aspect. Après avoir fait disparaître ce mucus par le lavage, on trouve la muqueuse du voile du palais et du pharynx couverte d'ulcérations nombreuses, à fond rouge ou grisâtre, à bords nets et saillants; aucune de ces ulcérations n'a entamé toute l'épaisseur de la muqueuse; leur profondeur n'est pas très-grande : elles ne dépassent pas la limite supérieure de l'œsophage. Rien dans la trachée ni dans les bronches. *Dans l'intestin*, ulcérations nombreuses; nous ne trouvons pas de tubercules sous-muqueux. Péritoine et autres organes parfaitement sains. Les ulcérations observées sur cette malade présentaient le même aspect que celles figurées dans la planche I.

OBSERVATION IV.

Ulcération tuberculeuse de la langue; phthisie laryngée; tubercules pulmonaires.

(Observation communiquée par M. A. Fournier.)

X...., âgé de 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu en septembre 1864. État cachectique. Tubercules ramollis aux deux sommets, dans une très-grande étendue. Diarrhée. Voix éteinte. Signes évidents de phthisie laryngée.

De plus, cet homme présente sous la langue une ulcération très-curieuse. Cette ulcération est située à la face inférieure de la langue, à 4 ou 5 millimètres de la pointe de cet organe, exactement sur la ligne médiane; elle est de forme irrégulière; elle mesure

environ 8 millimètres, dans le sens antéro-postérieur ; et 4 à 5 millimètres dans le diamètre transverse. Elle est creuse, à bords taillés à pic, déchiquetés en plusieurs points ; son fond est rouge, grisâtre çà et là, et recouvert d'enduits pseudo-membraneux. Sa base ne présente pas d'induration. Cette ulcération, d'après le dire du malade, se serait produite insensiblement depuis quelques mois ; actuellement elle est stationnaire ; jamais elle n'a été très-douloureuse ; toutefois le contact d'aliments un peu durs et acides, produit une cuisson assez pénible. Le malade affirme n'avoir jamais été affecté d'aucune maladie vénérienne. Nous l'examinons avec soin à ce point de vue, et nous ne trouvons sur lui rien qui témoigne d'accidents syphilitiques antérieurs ; notamment nous ne rencontrons aucun engorgement ganglionnaire.

Nous croyons, en conséquence, qu'il s'agit là d'une *ulcération tuberculeuse* de la langue, analogue, comme nature, aux ulcérations du larynx, et développée sous l'influence de la même diathèse.

Le malade est soumis à un traitement tonique : viande rôtie, vin de Bordeaux, huile de foie de morue, vin de quinquina, etc. De plus, on ajoute à cette médication l'iodure de potassium à l'intérieur, et des gargarismes iodurés. L'ulcération est touchée chaque jour à la teinture d'iode.

L'état général du malade s'améliore un peu. Mais l'ulcération, comme nous l'avions prévu, reste stationnaire. Le traitement antisyphilitique, si puissant sur les ulcérations de ce genre qui se rattachent à la syphilis, ne produit absolument aucun effet. Ce résultat nous confirme dans notre diagnostic d'ulcération *tuberculeuse.*

Le malade quitte l'hôpital au bout de deux mois : l'ulcération ne s'est nullement modifiée.

Quelque temps après, je revois ce malade à la consultation du bureau central, dans un état de consomption extrême et de cachexie avancée. Énormes cavernes au sommet des deux poumons. Voix éteinte. L'ulcération présente toujours les mêmes caractères.

Ajoutons, pour donner toute sa signification à ce fait, qu'il n'existait aucune cause d'irritation locale à laquelle on pût rattacher cette ulcération. Le malade n'était pas fumeur ; ses dents étaient en bon état, etc. De plus, il n'était pas affecté de coqueluche, affection dans laquelle il se produit parfois, comme on le sait, des ulcérations sublinguales.

OBSERVATION V.

Ulcération tuberculeuse de la joue ; phthisie laryngée ; tubercules pulmonaires.

(Observation communiquée par M. A. Fournier.)

B...., âgé de 45 ans. Malade depuis plusieurs mois. Amaigrissement, perte des forces ; toux, avec crachats purulents ; hémoptysies légères, sueurs nocturnes, diarrhée de temps à autre ; puis, voix devenue rauque, sourde et presque éteinte. En même temps, production sur la muqueuse de la joue gauche d'une ulcération qui s'élargit insensiblement.

9 h. 64 m. — Je vois le malade à cette époque pour la première fois. Les symptômes qui précèdent se sont notablement accrus dans ces derniers temps. Amaigrissement extrême, dépérissement. Signes évidents de tuberculisation pulmonaire à l'un des sommets ; matité, respiration rude, craquements et même çà et là quelques râles muqueux. Voix éteinte, respiration un peu sifflante. On constate, au laryngoscope, une rougeur générale de l'ouverture du larynx, de l'épiglotte et des cordes vocales ; l'une des cordes est très-tuméfiée et détruite sur un point par une ulcération ; ulcérations superficielles sur l'épiglotte (diagnostic : *phthisie laryngée*). Sur la muqueuse de la joue gauche, à 1 centimètre environ de la commissure labiale, ulcération de l'étendue d'une amande environ, irrégulièrement ovalaire, creuse, à bords festonnés et décollés sur plusieurs points, à fond rougeâtre, inégal et mamelonné.

Le malade *paraît* avoir été affecté de syphilis il y a vingt-cinq ans. Je crois que l'ulcération de la joue n'est nullement sous la dépendance de cette syphilis ; elle me rappelle bien plutôt le caractère des ulcérations tuberculeuses de la bouche. Néanmoins, par mesure de prudence, j'exprime l'opinion qu'on ajoute au traitement du malade l'iodure de potassium à l'intérieur (50 centigrammes à 2 grammes par jour, progressivement) ; l'emploi de gargarismes iodurés, et des badigeonnages à la teinture d'iode sur l'ulcération.

Ce traitement fut administré et régulièrement suivi jusqu'à la fin de janvier. Pour ne parler ici que de ce qui a trait au sujet de cette thèse, l'ulcération ne se modifia pas d'une manière sensible. Malgré l'iodure, malgré des cautérisations nombreuses (nitrate acide de mercure, nitrate d'argent, teinture d'iode), elle reste ce qu'elle

était en novembre. Cette résistance à la médication spécifique nous semble donc confirmer entièrement le diagnostic d'ulcération tuberculeuse. Pendant ce temps, du reste, les accidents laryngés et pulmonaires s'étaient accrus et ne pouvaient laisser de doute sur la nature de la maladie.

En janvier 1865, le malade partit pour l'Italie dans un état très-alarmant.

OBSERVATION VI.

Ulcérations tuberculeuses de la langue ; tubercules pulmonaires.

(Note communiquée par mon ami M. le Dr Leveu.)

Il s'agit d'un homme de 40 ans, qui se présenta à la consultation de l'hôpital du Midi, en avril 1860, pour des ulcérations qu'il portait sur la langue.

Ce malade avait, en effet, presque symétriquement placées, sur la langue, deux ulcérations oblongues : l'une, de plus de 1 centimètre de long, l'autre, d'un 1/2 centimètre environ. La première, très-profonde, recouverte d'une membrane grisâtre, taillée à pic, et dont la nature paraît indéfinissable par l'aspect seul. Le malade est convaincu qu'il a une syphilide sur la langue; il a de plus les ganglions sous-maxillaires engorgés et un peu douloureux. En interrogeant cet individu avec le plus grand soin, nous ne trouvons chez lui aucun antécédent qui puisse se rapporter à la syphilis : ni chancre, ni adénite, ni alopécie, ni angine, en un mot aucun signe de vérole.

En revanche il est pâle, amaigri profondément; il tousse à chaque instant, il a de la fièvre, souvent de la diarrhée; sueurs nocturnes; bref, il a l'aspect d'un phthisique arrivé à une époque avancée; il présente, en outre, tous les signes stéthoscopiques d'une tuberculisation pulmonaire parvenue à la période ultime (cavernes, ramollissement tuberculeux), et qui paraît être le résultat de misère et de fatigues excessives.

Les ulcérations de la langue ne sont que le fait de phthisie pulmonaire; elles sont tuberculeuses : j'en ai observé deux ou trois cas dans l'année 1860. Il est impossible, par leurs caractères objectifs seuls, de les distinguer des ulcérations syphilitiques ou cancéreuses. Ces ulcérations ont un développement très-lent.


B
A
E'''
E''
E'
D
E
c
c
E''''
E. Vernier

EXPLICATION DE LA PLANCHE Ire.

Cette planche représente la pièce décrite p. 65, observation Ire. Elle est destinée à montrer la langue, le voile du palais, les parois latérales du pharynx, et l'orifice supérieur du larynx. A cet effet, le voile du palais a été détaché de la voûte palatine, coupé au niveau de ses piliers du côté droit, et renversé vers la gauche de manière à montrer sa face inférieure.

A. — Ligament aryténo-épiglottique gauche, œdématié et considérablement tuméfié. Celui du côté opposé présente la même lésion.

B. — Épiglotte.

CC. — Surface de section du voile du palais.

D. — Luette.

EE'. — Ulcérations siégeant sur la face inférieure et près du bord postérieur du voile du palais.

E''. — Ulcération siégeant sur la paroi latérale gauche du pharynx, anticipant sur le pilier postérieur du voile du palais.

E'''. — Ulcération de la paroi latérale droite du pharynx, presque symétrique à celle figurée en E''.

E''''. — Ulcération du sillon qui sépare la base de la langue du pilier antérieur droit du voile du palais.

Pl. II



Imp. Lemercier r. de Seine 57 Paris.

EXPLICATION DE LA PLANCHE II.

Cette planche représente la pièce décrite p. 67, observation II. Elle montre la langue, la face inférieure du voile du palais qui est coupé sur la ligne médiane, et renversé de chaque côté, les parois latérales du pharynx, et l'orifice supérieur du larynx.

AB. — Surfaces de section du voile du palais.

C. — Épiglotte, sur la face postérieure de laquelle on voit F''', ulcération ayant dénudé le fibro-cartilage.

DD. — Ulcérations symétriques situées derrière les piliers postérieurs du voile du palais.

EE. — Coupe de la luette.

F. — Ulcération de la face supérieure de la langue au voisinage du bord gauche.

F'. — Ulcération de la base de la langue.

F''. — Ulcération de la paroi latérale gauche du pharynx.

F'''. — Ulcération de la face postérieure de la luette signalée en C.